

Salud y drogas

1. Editorial	5	4. Artículos de revisión	
2. Cartas al director		El tratamiento de	
Educación Social y		mantenimiento con metadona,	
Drogodependencias:		la infección por el virus de la	
Formación inicial		inmunodeficiencia humana	
<i>Encarna Bas Peña</i>	13	y la supervivencia de los	
3. Originales		adictos a opioides	
Prevalencia del consumo de		<i>Javier Esteban,</i>	
tabaco en población universitaria		<i>Carmen Gimeno,</i>	
<i>José A. García del Castillo R.,</i>		<i>José Barril,</i>	
<i>Daniel Lloret Irles,</i>		<i>Maria de la Cruz Pellín</i>	85
<i>José Pedro Espada Sánchez.</i>	19	5. Investigadores noveles	
Criterios de valoración y análisis		Tratamiento grupal	
de sitios web sobre		de la ludopatía.	
drogodependencias		Una experiencia desde	
<i>David Carabantes Alarcón,</i>		el Centro de Día ARTIC	
<i>Carmen García Carrión</i>		<i>Raquel Valdés Torres</i>	99
<i>Juan Vicente Beneit Montesinos</i>	39	6. Recensiones de libros	107
El consumo de tabaco en jóvenes			
costarricenses escolarizados			
<i>Julio Bejarana</i>	67		



Revista Salud y drogas

DIRECTOR

José A. García del Castillo Rodríguez
Universidad Miguel Hernández

SECRETARÍA

Daniel Lloret Irlas
Universidad Miguel Hernández

CONSEJO EDITORIAL

Javier Aizpiri Díaz
Medicina Psicoorgánica. (Bilbao)
Francisco Javier Ayesta Ayesta
Universidad de Cantabria.
Ramón Bayés Sopena
Universidad Autónoma de Barcelona.
Elisardo Becona Iglesias
Universidad de Santiago de Compostela.
Juan Vicente Beneit Montesinos
Universidad Complutense de Madrid.
Julio Bobes García
Universidad de Oviedo.
Enrique Echeburúa Odriozola
Universidad del País Vasco.
Eliot L. Gardner
Albert Einstein College of Medicine. (USA)
Karl Griffin
Universidad de Cornell
Carl G. Leukefeld
University of Kentucky. (USA)
Gerardo Marín
University of San Francisco. (USA)
Emiliano Martín González
Ayuntamiento de Madrid.
Francisco Xavier Méndez Carrillo
Universidad de Murcia
Rafael Nájera Morrondo
Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA. (Madrid)
César Pascual Fernández
Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social
Gobierno de Cantabria.
Bartolomé Pérez Gálvez
Director General de Drogodependencias
Generalitat Valenciana.
Alain Rochon
Régie Régionale de L'Estrée. (Canadá)
Jesús Rodríguez Marín
Universidad Miguel Hernández.
Merrill Singer
Hispanic Health Council. (USA)
José Ramón Varo Prieto
Servicio Navarro de Salud.

JEFE DE REDACCIÓN

José Pedro Espada Sánchez
Universidad Miguel Hernández

CONSEJO DE REDACCIÓN

Gaspar Cervera Martínez
Hospital Clínico Universitario de Valencia.
Consuelo Guerri Sirena
Instituto de Investigaciones Citológicas. (Valencia)
Carmen López Sánchez
Universidad de Alicante.
Rafael Maldonado López
Universidad Pompeu Fabra.
Miguel Navarro García
Universidad Complutense de Madrid.
Miguel Ángel Ortiz de Anda
Edex-Centro de Recursos Comunitarios. (Bilbao)
Francisco Pascual Pastor
Unidad Alcohología de Alcoy. (Alicante)
Jesús Ángel Pérez de Arróspide
Fundación Vivir sin Drogas. (Bilbao)
Joaquín Portilla Sogorb
Hospital General Universitario de Alicante.
Fernando Rodríguez de Fonseca
Universidad Complutense de Madrid.
Javier Ruiz Fernández
Ayuntamiento de Portugalete.
Jesús Sánchez Martos
Universidad Complutense de Madrid.
José Sánchez Payá
Hospital General Universitario de Alicante.
Manuel Sanchis Fortea
Hospital Psiquiátrico de Bétera. (Valencia)
José Solé Puig
Cruz Roja de Barcelona.
Miguel Ángel Torres Hernández
Unidad de Alcohólicismo y Toxicomanías
de Torrent. (Valencia)

ÍNDICE

1. EDITORIAL	5
2. CARTAS AL DIRECTOR	11
Educación Social y Drogodependencias: Formación inicial. <i>Encarna Bas Peña</i>	13
3. ORIGINALES	17
Prevalencia del consumo de tabaco en población universitaria. <i>José A. García del Castillo R., Daniel Lloret Irlés, José Pedro Espada Sánchez.</i>	19
Criterios de valoración y análisis de sitios web sobre drogodependencias. <i>David Carabantes Alarcón, Carmen García Carrión Juan Vicente Beneit Montesinos</i>	39
El consumo de tabaco en jóvenes costarricenses escolarizados. <i>Julio Bejarana</i>	67
4. ARTÍCULOS DE REVISIÓN	83
El tratamiento de mantenimiento con metadona, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y la supervivencia de los adictos a opioides. <i>Javier Esteban, Carmen Gimeno José Barril, María de la Cruz Pellín</i>	85

ÍNDICE

5. INVESTIGADORES NOVELES	97
Tratamiento grupal de la ludopatía. Una experiencia desde el Centro de Día ARTIC. <i>Raquel Valdés Torres</i>	99
6. RECENSIONES DE LIBROS	107

EDITORIAL

¿QUÉ PIENSA LA SOCIEDAD ANTE FENÓMENOS RELACIONADOS CON EL USO DE DROGAS Y ALCOHOL?

En la actualidad es común asistir con cierto estupor a noticias tales como “durante el fin de semana perecen 32 ó 39 personas, siendo 21 de ellas, personas menores de 25 años en accidentes de tráfico”. Este titular, cogido al azar de un diario, se repite hasta la saciedad casi todos los fines de semana, pero haciendo especial hincapié en que de éstos fallecidos, un elevado porcentaje había consumido bebidas alcohólicas. En concreto en el ejemplo que nos ocupa era de casi el 37% de ellos.

Al mismo tiempo vemos que una de cada tres copas que se consumen por la noche en el tramo final de la semana es de whisky (la bebida con más graduación, seguida del ron, brandy y ginebra), mientras que se mantiene el consumo de cerveza y vino.

Asimismo, nos encontramos con noticias tales como que aumenta el número de drogodependientes por cocaína y alcohol y baja el de los consumidores de heroína.

La cocaína es consumida por el 7,8% de la población de la Comunidad Valenciana, inmediatamente después del cannabis que sigue encabezando el ranking de consumo de sustancias ilegales. Siguiendo el repaso de prensa, y por aportar un nuevo dato a la reflexión, el número de consumidores ascendía hasta 100.000, en nuestra Comunidad.

El usuario tipo de cocaína suele gastarse unos 1300 € al mes para soportar el vicio, ronda los 30 años, y por supuesto, empezó el consumo de esta droga con anterioridad. Es un consumo el de esta sustancia excesivamente frecuente, casi social, sin conciencia de riesgo y con agravamiento de problemas tanto de tipo orgánico como de tipo mental.

Según los datos del SECAD, del Plan Nacional sobre Drogas, las demandas de atención por uso de cocaína están experimentando un

crecimiento, no diremos que exponencial, pero sí con una curva con una pendiente elevadísima, lo que hace que los centros de atención específicos, así como los centros de urgencia de hospitales, etc. sean cada vez más conscientes de la aparición de multitud de trastornos derivados del consumo, así como la aparición de problemas que, aunque estuvieran latentes o presentes, con el uso de estos psicoestimulantes se agravan y aparecen conductas, pensamientos, juicios y unas patologías difíciles de controlar.

No es infrecuente encontrarnos en los centros asistenciales el incremento de consumidores de cocaína entre las personas incluidas en los programas de metadona y que nos dicen que “ahora solo tienen que preocuparse de conseguir cocaína diariamente porque la metadona ya disponen de ella”.

Otro fenómeno que, tristemente, cada día es más habitual es la aparición de las formas más económicas y a la vez más destructoras y disgregadoras del pensamiento, del comportamiento y de la adaptación social como es el caso de la cocaína en su forma de base libre y la de crack, a la que los propios camellos y traficantes, se encargan de asociar algún componente opiáceo de segundo orden para que se haga más “golosa” y adictiva.

Por supuesto no nos vamos a olvidar tampoco de las drogas de síntesis, tan extendidas y magnificadas, al tiempo que infravaloradas por los consumidores, y que no dejan de ocasionar desde problemas adictivos a largo plazo como problemas de salud derivados de su consumo. Nos referimos en este sentido a golpes de calor, algún cuadro psicótico y conductas transgresoras de diversa índole que no dejan de producir alarma social.

¿Qué decir del cannabis? La sustancia ilegal más extendida, la más magnificada, la que socialmente es considerada como de bajo rango dentro de los riesgos y al que un montón de personajes piden que se legalice, de todas y por todas las maneras posibles, como una muestra de libertad, además de atribuirle unos supuestos valores clínicos, que es posible que tengan, pero siempre en las formas farmacológicamente tratadas y adecuadamente dispensadas.

En mis 30 años de experiencia clínica yo no he conocido personas que sean seres más inteligentes, ni mejores personas, ni más libres, ni más capaces por el simple hecho de fumar cannabis, en cambio sí que he visto deterioros de la personalidad que, a lo mejor no se hubieran producido, de no haber fumado cannabis en cantidades importantes.

A lo largo de nuestra experiencia, vemos que los inicios tempranos de consumo de sustancias, de la carencia de sentimientos de riesgo, de la desinformación, de la presión ambiental a tomar casi cualquier cosa entre los amigos, en determinados ambientes y en determinados lugares. Es preocupante la inercia que encamina a ese consumo y que se basa en la falsa sensación de la diversión, el máximo placer o en tesis que defienden que dichas drogas facilitan la comunicación, la prepotencia, la inteligencia, la sensación de placer, que igualan a ambos sexos, que facilitan las relaciones interpersonales, etc.

Ante este tipo de situaciones; ante la aparición de determinados lugares específicos de consumo, léase “Botellón”, pubs, discotecas, despedidas de solteros y solteras, etc, así como ante la gran extensión del consumo; ante determinados ejemplos sociales promovidos por ciertos programas de radio o televisión; ante determinados personajes siniestros y la utilización de ‘pseudopersonajillos’ de medio pelo; así como ante una cierta sensación de derrota de que la lucha se pierde por todas partes, que no hay manera de controlar ni mejorar la conciencia social del riesgo del uso de sustancias de riesgo y capaces de crear adicción y múltiples complicaciones, es necesario tomar medidas.

Esta derrota hace que incluso el modelo social del joven ya parta de premisas como que es imprescindible el consumir, que “lo hacen todos”, que no pasará nada porque su nivel de conciencia de riesgo es bajo, su información mala o nula, la presión ambiental sería y especialmente muy condicionadora hacia el consumo.

De todo esto que hemos venido mencionando, hay intentos para mejorar dichos procesos sociales, pero se está demostrando, para desgracia de muchas de estas personas, que la prevención no llega todavía a cubrir ese espacio tan vital y necesario de la propia información, formación y responsabilidad individual y colectiva. Además de que cada vez más, para personas con cierto poder adquisitivo, las drogas se han convertido en bienes de consumo a los que hay que acceder, como se accede a un coche a una moto, a una determinada vestimenta o a un determinado modelo social donde si no consumes puedes ser apartado por no estar en la misma onda que tus compañeros o grupo de amigos.

Quizás la sociedad en su conjunto prefiere adormilarse, pensar en cosas que les son más inmediatas y abandona el compromiso social y solidario de hacer entender los riesgos que, como grupo humano,

corremos si no mejora esta situación. Estamos viendo como el incremento de la filosofía del consumo de drogas psicoestimulantes está agravando una determinada irresponsabilidad, una determinada forma de “pasar a la acción”, de alterar las conductas, de agravar cuadros delirantes, paranoides, con unos niveles de agresividad desconocidos anteriormente, lo que motiva que cada vez más se produzca una mayor psiquiatrización de la vida del consumidor o del toxicómano. Pero el problema no se queda aquí. Esta filosofía está provocando también que la sociedad y los profesionales necesiten ampliar los recursos que se invierten para su lucha. Asistimos a un incremento de profesionales implicados en un proceso que por desgracia no tiene una fácil solución, y a que las familias se sientan atemorizadas, e impelidas a actuar demandando más servicios de emergencia social, médica o psiquiátrica por sus conductas y complicaciones. Y es que, no hay que olvidar que hay en la calle una grandísima oferta de estas sustancias y en la sociedad una capacidad limitada de impedir que dichas drogas lleguen al consumidor. Por mucha legislación que haya no es posible impedir que se beba en cantidad o que se trafique con todo lo que hay que traficar, porque las drogas tienen un fin económico para quienes las producen, las magnifican y viven de ellas, aunque sean próximas incluso a poderes, propios o extranjeros. No es descabellado pensar que en el mundo de la delincuencia se empieza traficando con cannabis para luego pasar a la dinamita, del tipo que sea, para alterar la vida ciudadana, a costa de producir mucho dolor y mucha muerte.

En los momentos actuales hay que tratar de sensibilizar a la sociedad, de que una parte de gente que debe trabajar, que está en su fase más productiva, que son la esperanza de nuestra sociedad y nuestro futuro, están arrojando sus vidas por la borda. ¿Por qué no somos capaces de romper con esta inercia que se está llevando por delante a una generación de personas valiosísimas y que son el futuro de nuestro país?

Para lograr esto se debe pedir una mayor implicación de todos los agentes capaces de mejorar la conciencia social, la Administración, los grupos responsables de crear opinión, los medios de comunicación, la escuela, los centros dispensadores y distribuidores de sustancias capaces de crear adicción, los profesionales sociales, educativos, sanitarios, los modelos sociales de música, deporte, estilos de vida, moda, etc. Para cambiar un rumbo que, a mi entender, de no tomarse a tiempo las

medidas adecuadas, sería un claro indicativo del fracaso de nuestra sociedad.

Por cierto, por si a alguno le quedan dudas, no me sirve el criterio de que legalizándolo todo habría menos problemas, esa es una de las falacias que adormece a muchos de nuestros conciudadanos y les limita su capacidad de lucha e implicación en esta pelea.

Dr. Miguel Ángel Torres Hernández

Miembro del Comité Editorial de Salud y Drogas.

Jefe clínico de la Unidad de Alcoholismo y Toxicomanías de Torrent.

Ex-presidente de Socidrogalcohol.

Patrono de la FEPAD.

*CARTAS
AL DIRECTOR*

EDUCACIÓN SOCIAL Y DROGODEPENDENCIAS: FORMACIÓN INICIAL

Encarna Bas Peña
Universidad de Murcia

Una mirada, no muy profunda, aunque sí con la intencionalidad de conocer la relación entre las demandas sociales y los Planes de Estudio de las titulaciones que, con un marcado carácter social, pretenden formar a profesionales capacitados para dar respuestas a cuestiones como las relacionadas con las drogodependencias, nos muestra su escasa presencia en ellos, la amplitud de aspectos a los que hacen referencia los diferentes títulos de las asignaturas desde las que se aborda, el reducido número de créditos para promover procesos de enseñanza-aprendizaje interactivos y participativos, su carácter de optatividad, etc.

Nos vamos a referir a la titulación de Educación Social, la última en aprobarse e implantarse en nuestras universidades con objeto de formar profesionales que intervengan en la práctica social con una perspectiva educativa. La importancia concedida a la educación en los procesos de cambio y transformación social lleva algunas décadas defendiéndose y cuestionándose, y, aunque no es el único factor sí conviene tenerlo en cuenta. Una de las figuras más relevantes de la actualidad, en el panorama educativo internacional, como es Morin (2001), señala que la educación es la “fuerza del futuro”, pues constituye uno de los instrumentos más poderosos para realizar cambios en nuestros estilos de vida y nuestros comportamientos. También la UNESCO (desde 1995) aboga por la educación para todos durante toda la vida. Sostiene que el objetivo fundamental será lograr que cada uno lleve las riendas de su propio destino... La educación del futuro deberá dirigirse prioritariamente a los más vulnerables y desfavorecidos, es decir, a todos aquellos que, debido a la escasez de medios o a circunstancias desfavorables, no pueden acceder al saber (Mayor Zaragoza, 2001: 442).

Sería interesante conocer en qué medida, en la titulación de Educación Social vigente en las diferentes universidades españolas, aparecen,

aunque sea a modo de revisión de los títulos de las asignaturas, las cuestiones relacionadas con drogodependencias. Como sabemos, quienes nos dedicamos a su estudio, han estado, de una u otra forma, presentes a través de la historia, en las diferentes culturas, pero como consecuencia de los avances científicos y tecnológicos han ido adquiriendo, poco a poco, nuevas dimensiones culturales, demográficas, económicas, políticas, sociales, educativas, etc. Los problemas derivados de su consumo en la sociedad contemporánea promovieron el inicio de una serie de medidas políticas, legislativas y jurídicas que abarcaban los diferentes ámbitos de la vida social y tenían tanto un carácter preventivo, como terapéutico y de reinserción; a la vez, se creaban y se ponían en funcionamiento recursos de diferente índole, desde los que se pretendía dar respuesta a la nueva demanda social (Plan Nacional sobre Drogas y Planes Autonómicos, creación de centros de atención, integración de estos aspectos en diferentes leyes, formación de profesionales, etc.). Otra cuestión sería conocer su incidencia real en la población, su eficacia respecto a la población general, grupos de riesgo, consumidores, etc. más allá de datos estadísticos, que siendo necesarios no son suficientes.

La Educación Social y, en consecuencia, la intervención educativa la situamos en el marco conceptual y legislativo de la Pedagogía Social, que aparece por vez primera, como disciplina académica de la educación superior, en los planes de estudio de la Universidad de Madrid, en 1944 (Quintana Cabanas, 1997:89), y, poco a poco, se ha ido incorporando como materia troncal u obligatoria de los Planes de Estudio de las Licenciatura de Pedagogía, así como a las diplomaturas de Trabajo Social y de Educación Social. Durante todos estos años, han sido numerosas las iniciativas y los trabajos realizados en diferentes ámbitos, tanto por los profesionales de la educación universitaria comprometidos con la Pedagogía Social y con la Educación Social, como por diferentes agentes sociales que trabajaban, directamente y con una finalidad educativa, en contextos sociales tratando de mejorar y/o transformar realidades concretas, aunque carecían del reconocimiento de una cualificación académica-profesional. Finalmente, el Real Decreto 1420/1991, de 30 de agosto (B.O.E. 10/10/1991) regulaba las enseñanzas para la obtención del título de Diplomado en Educación Social, y establecía las bases legislativas respecto a las intervenciones de numerosa personas, que durante años venían realizando unas funciones socioeducativas demandadas por la sociedad, pero sin un reconocimiento legal.

Numerosos autores, responsables políticos, profesionales de la educación universitaria, de la práctica socioeducativa, etc., tanto desde las investigaciones como desde el sentido común se coincide en destacar la interrelación entre sociedad y universidad, de forma que ésta de respuesta a las demandas y necesidades de una sociedad dinámica y cambiante, que a la vez, incide sobre la propia universidad, entre otros aspectos, en la investigación y en la formación que imparte. Porque en ningún país del mundo el aprendizaje es inmune a la interacción con su entorno, pero la forma que la interacción tome reflejará claramente la naturaleza del dominio del conocimiento. Por una parte, las cuestiones relacionadas con las drogodependencias siguen estando entre las principales preocupaciones de la población, pero, por otra, si analizamos, como hemos indicado anteriormente, los Planes de Estudio de esta nueva Diplomatura, nos encontramos que la formación recibida sobre el problema social que nos ocupa tiene fundamentalmente un carácter de materia optativa y con una carga lectiva de 4,5 créditos para abordar cuestiones relacionadas con la prevención, el tratamiento, la reinserción en sus diferentes dimensiones, demasiados contenidos para tampoco tiempo.

El análisis de los Planes de Estudio de los 34 centros universitarios en los que se imparte, correspondientes a 31 universidades, muestra que con carácter específico aparece en 13 centros, en otros casos, podemos entenderla incluida en: Educación para la Salud, Intervención Socioeducativa en Sectores Específicos, Intervención sobre Conductas de Riesgo, etc. pero sería necesario estudiar los programas de las mismas para conocer en qué medida se incorpora, de forma específica, las cuestiones relacionadas con las drogas, qué aspectos concretos... Como se ha indicado, podríamos concluir que su característica principal es la optatividad, mayoritariamente el número de créditos son 4'5, así como la amplitud de aspectos que incluye la asignatura, la dificultad para conocer la toma de decisiones del profesorado en el diseño, desarrollo y evaluación del programa a impartir, el currículo oculto de cierto carácter de "maría" de las optativas, la toma de conciencia del alumnado respecto a su futura práctica profesional en este campo y su escasa formación,...

No nos planteamos si existe una omisión o exclusión voluntaria de un asunto que incide en nuestra convivencia de diferentes formas y perspectivas: económica, demográfica, política, educativa, social, cultural. O, si una vez más, la distancia entre las torres de cristal universitarias y las cuestiones sociales candentes siguen caminos desconocidos, a pesar de las grandes declaraciones de intenciones. Lo cierto es la distancia entre

las nuevas realidades sociales, como las cuestiones relacionadas con drogodependencias y su escasa presencia en el currículum de una diplomatura tan nueva y necesaria, para dar respuestas educativas a las necesidades y demandas sociales.

Los problemas sociales son numerosos y el número de créditos de una titulación son limitados, además, hay que entrar a “repartir” entre departamentos e intradepartamento, pero como indica Becher, (2001:179 y 196) el modelo de compromiso de los académicos con las cuestiones sociales y con las políticas exteriores al mundo académico surge, en parte, de sus preocupaciones personales o profesionales, pero, comparativamente, en gran medida de consideraciones externas de prestigio, financiación de proyectos, etc. Lo que nos lleva a plantearnos el grado de compromiso con este problema social. Sin embargo, junto a la escasa presencia en los Planes de Estudio, no sólo de esta titulación sino de otras implicadas también en el trabajo sobre drogodependencias es mínima desde la formación básica, conviene destacar la oferta de formación de postgrado (cursos de especialización, masters, etc.), así como la creación de Institutos de Investigación de Drogodependencias, como el INIB.

También convendría plantearse la evaluación de la adecuación entre la formación recibida y las competencias que los profesionales requieren en su ejercicio profesional, la calidad de las actuaciones, las consecuencias de la evaluación, la satisfacción profesional de los docentes universitarios que imparten estas asignaturas, de los estudiantes, de los equipos de profesionales y responsables de los centros a los que se incorporan a trabajar, de los destinatarios de sus intervenciones, así como sus propuestas de mejora en la coordinación universidad-sociedad, etc. Será cuestión de seguir profundizando en estas líneas de investigación si queremos avanzar en la consecución de mayores cuotas de calidad en el campo de las cuestiones relacionadas con las drogodependencias.

ORIGINALES

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE TABACO EN POBLACIÓN UNIVERSITARIA

José A. García del Castillo R.

Daniel Lloret Irles

José Pedro Espada Sánchez

Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID)

Universidad Miguel Hernández.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación aborda la prevalencia de consumo de tabaco en la población universitaria de la Universidad Miguel Hernández, con el fin de poner en marcha programas de prevención y tratamiento de tabaco. Los grupos analizados corresponden a una muestra (n = 660) representativa de estudiantes, de personal de administración y servicios, y de personal docente e investigador. Mediante la aplicación de un instrumento de medida de las variables de consumo, se recogió la información, durante el año 2003, de forma autoadministrada. Los resultados indican que la población fumadora de esta universidad se corresponde con la general de la Comunidad Valenciana. Aparecen diferencias claramente significativas en cuanto a la variable género, donde las mujeres consumen más tabaco que los hombres, en contra de las tasas a nivel nacional. Las franjas de edad más consumidoras se sitúan entre los 20-30 años de edad en los varones y entre los 40-50 entre las mujeres. Destacar que la proporción media de cigarrillos diarios de los fumadores es significativamente diferente de las medias a nivel nacional, siendo en nuestra muestra muy altas.

Palabras claves: Tabaco, género, edad, cigarrillos diarios.

ABSTRACT

This paper approaches the prevalence of tobacco consumption in the university population of the University Miguel Hernandez, with the aim of starting up tobacco prevention and treatment programs. The analyzed groups belong to a sample ($n = 660$) that represents students, administrative staff, and researchers and teachers. Data was gathered during the year 2003, using a self-administered questionnaire.

The results indicate that the smoking population of this university corresponds with the general population of the Valencian Community. Significant differences clearly appear regarding with the gender variable, women consume more tobacco than men, despite the national surveys results. The highest consuming rates are located between the 20 and 30 years old in men, and between 40 and 50 in women. It could be highlighted that the average consumption of daily cigarettes of the smokers is significantly different from the national level average, being in our sample very high.

Key words: Tobacco, gender, age, cigarettes per day.

1. INTRODUCCIÓN

Aunque los efectos nocivos del tabaco son cada vez más conocidos y las campañas de prevención y los tratamientos de deshabituación más abundantes, su consumo continúa siendo un problema de primera índole en el ámbito de la salud pública. La Organización Mundial de la Salud (2002) estima que el 8,8% de muertes en el mundo pueden atribuirse al tabaco. En los países industrializados el 90% de los cánceres de pulmón en los hombres y del 70% en las mujeres son consecuencia del tabaquismo. Además, entre el 56% y el 80% de las enfermedades respiratorias crónicas y el 22% de las enfermedades cardiovasculares son atribuidas al consumo de tabaco.

Las consecuencias nocivas del tabaco van más allá de la salud puramente física. La investigación indica una alta relación entre la depresión y la adicción a la nicotina (Gurrea y Pinet, 2004; Vázquez, Becoña y Mínguez, 2002). Entre las explicaciones de este hecho se ha propuesto que las personas depresivas son más vulnerables para comenzar a fumar, por una baja autoestima y autoeficacia (Hughes, 1988). De igual modo, se ha estudiado la relación del tabaquismo con otros problemas

de salud mental, como la esquizofrenia (Martínez-Ortega, Gurpegui, Díaz y De León, 2004).

Pese a todo esto, la venta y el consumo de tabaco no decrecen. Así, durante el año 2002 se vendieron más de 4.500 millones de cajetillas en nuestro país. La tendencia se ha mantenido alcista desde hace una década, aunque en algunas comunidades autónomas, como Baleares y Navarra, ha disminuido (Plan Nacional sobre Drogas, 2003).

Los estudios de prevalencia no resultan en absoluto tranquilizadores. Según la última encuesta nacional sobre los hábitos de consumo de drogas, en 2001 un 68,2% de los españoles de 15 a 64 años había probado en alguna ocasión el tabaco, un 45,5% lo había consumido en los últimos 12 meses, un 41,5% en los últimos 30 días y un 35,1% había fumado diariamente en este último período (Plan Nacional sobre Drogas, 2003). Según esta misma encuesta, la prevalencia de fumadores diarios es más alta entre los hombres (41%) que entre las mujeres (30%), aunque se han reducido las diferencias entre ambos géneros. La prevalencia ha aumentado entre las mujeres y ha disminuido ligeramente entre los hombres. Entre los varones, las menores tasas de consumo diario corresponden al grupo de 15 a 19 años, y en mujeres al grupo de 10 a 64. Las tasas más altas se dan entre los hombres en el grupo de 30 a 39 años y en mujeres en el grupo de 20 a 29.

Ortín, Custardoy, Pineda, Cano, Andreu, van der Hofstadt y Sánchez (2002) estudiaron la prevalencia del tabaquismo en una muestra de más de 600 sujetos, hallando una prevalencia del tabaquismo del 33%, con un consumo medio de cigarrillos de 15,8 unidades al día. Éste puede considerarse como el consumo diario promedio en nuestro país (Infante y Rubio-Colavida, 2004).

El hábito de fumar suele adquirirse normalmente durante la adolescencia. La edad media de inicio en el consumo de tabaco es a los 16,5 años, pasando a fumar diariamente dos años después (Plan Nacional sobre Drogas, 2003). Según la Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001), sólo el 7,9% de la población fumadora comienza a fumar después de los 22 años.

2. OBJETIVO

El objetivo del presente trabajo es analizar la prevalencia de consumo de tabaco en la comunidad de la Universidad Miguel Hernández. Este

objetivo general se desglosa en los siguientes objetivos específicos:

- Conocer las características sociodemográficas del fumador, diferenciadas por colectivos (estudiantes, PDI y PAS).
- Analizar las pautas de consumo.
- Establecer las bases de futuras campañas preventivas.

3. MATERIAL Y MÉTODO

MUESTRA.

La muestra se compone de 660 sujetos pertenecientes a la comunidad universitaria. Para la selección de los sujetos se siguió un método no aleatorio y estratificado por criterios geográficos (diversos Campus) y ocupacionales, dirigido a representar los tres colectivos que componen la comunidad universitaria (estudiantes, PDI y PAS). En referencia al colectivo de estudiantes, se cuidó que quedaran representados estudiantes de diversas titulaciones. De esta forma, la muestra quedó dividida en tres grupos diferenciados por su ocupación: estudiantes, personal de administración y servicios (PAS) y personal docente e investigador (PDI). Los estudiantes alcanzan el 66,8 % de la muestra (444 sujetos), el resto se distribuye entre el personal administrativo 13,8 (91 sujetos) y el personal docente e investigador 18,9% (128 sujetos).

INSTRUMENTOS.

Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario con dos características fundamentales, que guardara el anonimato y que pudiera ser auto-administrado. El instrumento fue elaborado a tal efecto. Se compone de 25 ítems, clasificados en 5 bloques, que distribuyen la información en las siguientes variables:

1. Sociodemográficas.
2. Variables de consumo: cantidad y frecuencia del consumo actual, historia toxicológica, intentos de abandono y recaídas.
3. Motivación para dejar de fumar.
4. Conocimiento de los efectos del tabaco.
5. Actitud hacia el hábito tabáquico. Esta parte del cuestionario es una adaptación del cuestionario de actitudes hacia el consumo de drogas de López, García-Rodríguez, Mira, y Estévez (2000).

PROCEDIMIENTO.

La recogida de datos se llevó a cabo entre los meses enero y mayo de 2003, por personal del Instituto de Investigación de Drogodependencias. Los datos fueron analizados con SPSS 11.5.

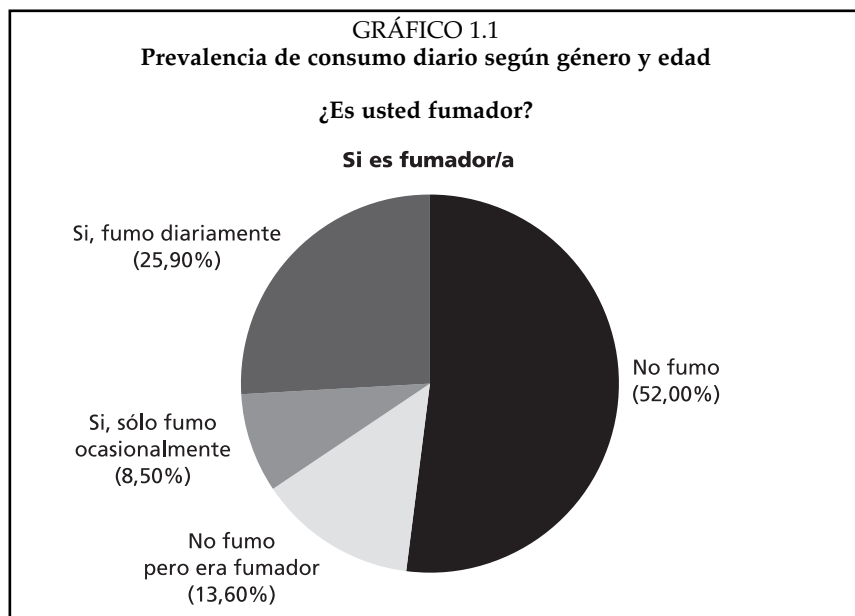
4. RESULTADOS

Atendiendo a los objetivos propuestos, los resultados de la investigación se presentan en tres bloques:

- Distribución de la prevalencia de consumo de tabaco en la población universitaria.
- Descripción del consumo de tabaco entre los estudiantes.
- Descripción del consumo de tabaco entre el personal docente-investigador (PDI) y el personal de administración y servicios (PAS).

4.1.- LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA

En lo que respecta a la prevalencia de consumo en la totalidad de la comunidad universitaria, el 65% de la misma declara no fumar en la actualidad, aunque algunos (13,6%) lo hubieran hecho en el pasado. El 35% restante, que informó fumar en la actualidad, se distribuye entre un 26% de fumadores diarios, con un consumo medio de 14,4 cigarrillos al día ($dt=8,2$), y un 9% de fumadores ocasionales que fuma una media de 2 cigarrillos al día ($dt= 1,8$). Según el Observatorio Nacional sobre Drogas (Informe n.6, 2003), en referencia a datos obtenidos en 2001, el consumo diario en población general española se sitúa en 31,5%. La distancia de 3,5 puntos entre nuestros datos y los datos relativos a la población española, se reduce si comparamos nuestros resultados con los de la Comunidad Valenciana donde el consumo asciende al 34,4% de la población en 2001. En este sentido, podemos decir que los resultados obtenidos en la presente investigación son acordes con los datos epidemiológicos de estudios similares a nivel nacional y autonómico (Observatorio Nacional sobre Drogas, 2003), sobre prevalencia de consumo de tabaco en población general.

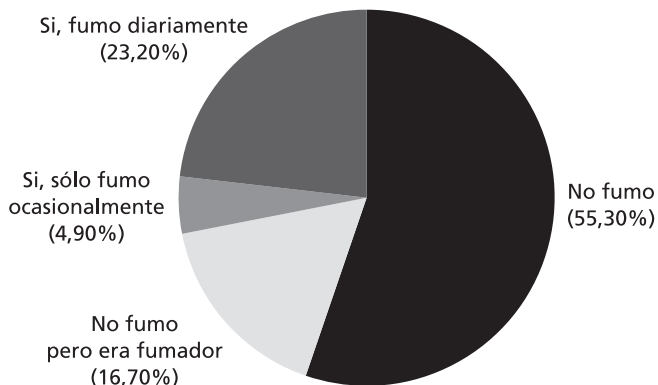


En términos generales, podemos decir que en un cuarto de la población universitaria fuma todos los días en mayor o menor medida. Sin embargo, al comparar la prevalencia de consumo diario entre hombres y mujeres, observamos como éstas, con un 27,6% de fumadoras diarias, superan en casi 4 puntos a los hombres, que se mantienen en el 23,2%. Así mismo, en el patrón de consumo ocasional, las mujeres declaran fumar más que los hombres. El 10,3% de las mujeres encuestadas refieren fumar de forma ocasional, frente al 4,9% de hombres. Observamos, por lo tanto, que la prevalencia de consumo, tanto diaria como ocasional, encuentra valores significativamente superiores entre las mujeres.

GRÁFICO 1.2
Prevalencia de consumo en la comunidad universitaria.
Distribución por género

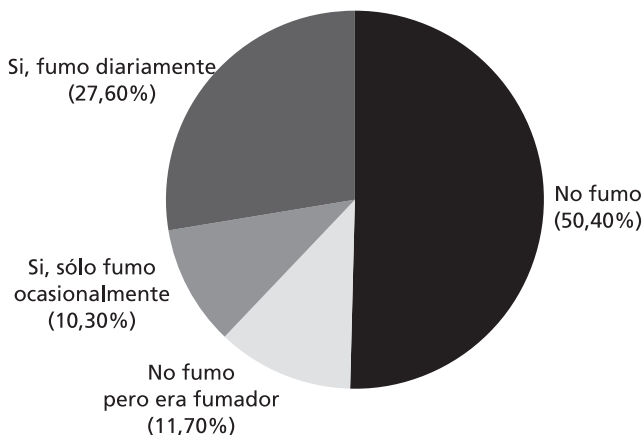
Prevalencia de consumo de tabaco entre hombres

Si es fumador



		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No fumo	136	55,3
	No fumo pero era fumador/a	41	16,7
	Sí, sólo fumo ocasionalmente	12	4,9
	Sí, fumo diariamente	57	23,2
	Total	246	100,0

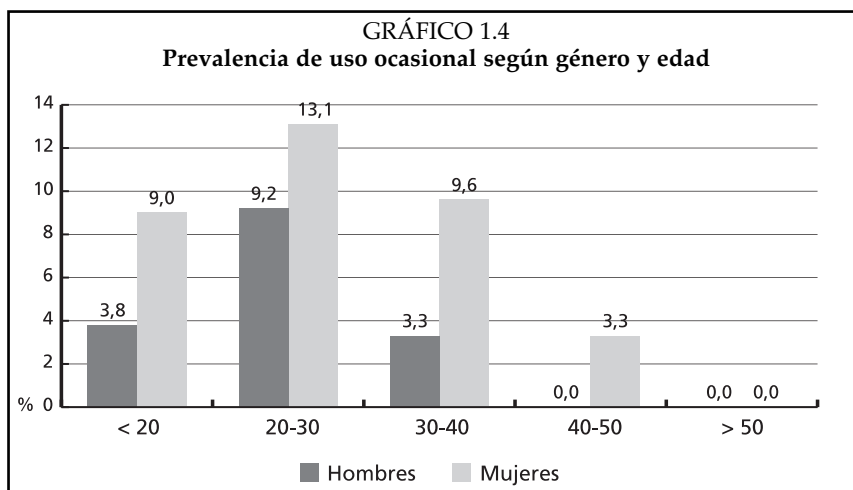
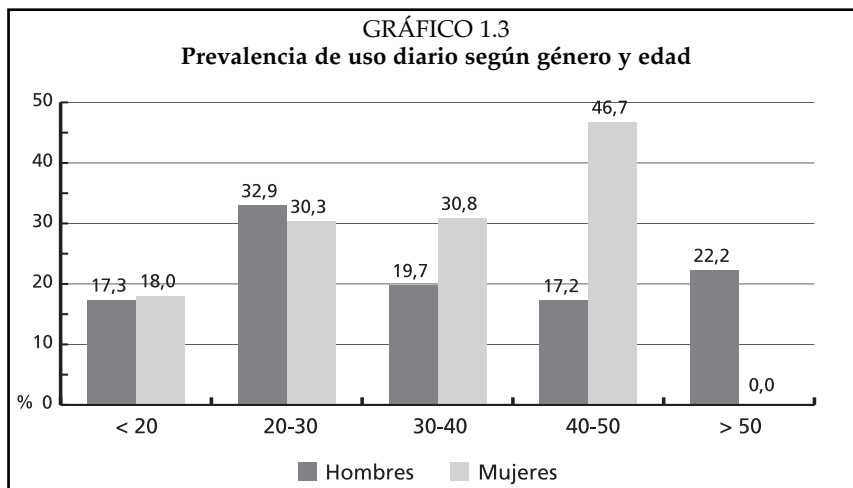
GRÁFICO 1.2
Prevalencia de consumo en la comunidad universitaria.
Distribución por género
Prevalencia de consumo de tabaco entre mujeres
Si es fumadora



		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No fumo	206	50,4
	No fumo pero era fumador/a	48	11,7
	Sí, sólo fumo ocasionalmente	42	10,3
	Sí, fumo diariamente	113	27,6
	Total	409	100,0

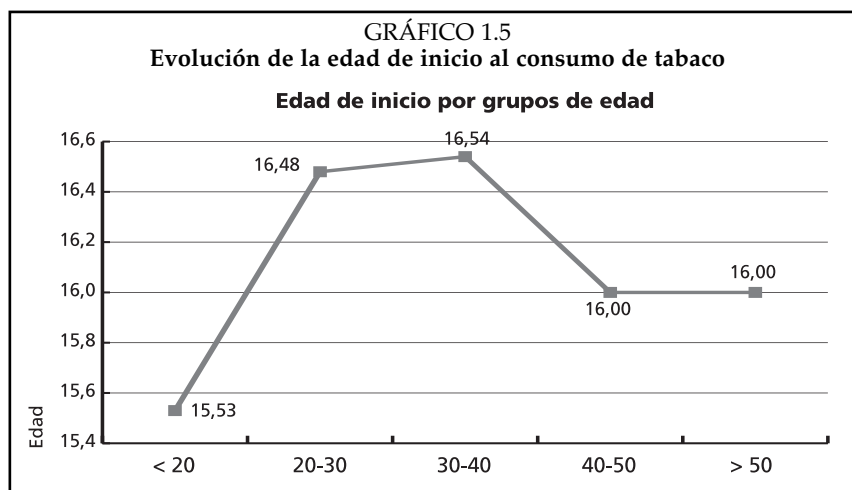
Si profundizamos en el análisis, cruzando género y edad, encontramos que entre los hombres, las menores prevalencias de consumo diario se observaron en los grupos de jóvenes menores de 20 años (17,2%) y en los de edad comprendida entre los 40 y 50 años (17,3%). Y en las mujeres, en el grupo de mayores de 50, en el que no se encontró ningún caso.

Por otra parte, las prevalencias más altas se observaron en el grupo de 20 a 30 años (32,9%) entre los hombres y en el grupo de 40 a 50 años entre las mujeres 46,7%.



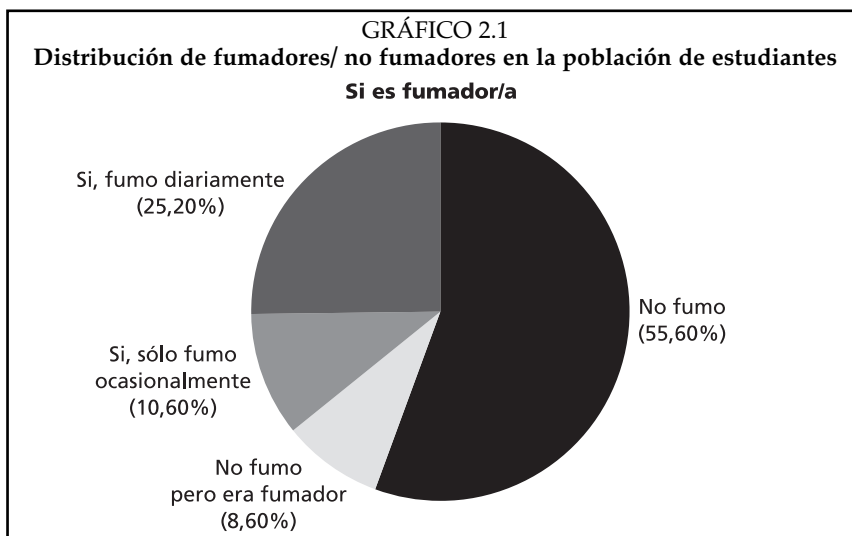
Los resultados de la presente investigación sitúan la edad de inicio de consumo de tabaco a los 15 años y medio. La comparación con los datos epidemiológicos de la última encuesta domiciliaria (Observatorio Nacional sobre Drogas. Informe n.6, 2003), nos indica que existe una diferencia de un año por debajo de la media nacional, que establece la edad de fumar el primer cigarrillo en 16 años y medio.

Si analizamos la edad de inicio según las respuestas de los diferentes grupos de edad, se detecta una ligera tendencia a la baja, aunque poco significativa. Los fumadores o ex-fumadores más jóvenes refieren haber empezado a fumar antes; la diferencia entre los fumadores de mayor edad (mayores de 50 años) y los más jóvenes (menores de 20 años), supone medio año de diferencia en la edad de inicio.



4.2.- La población estudiante.

En base a los datos recogidos, la distribución fumador / no fumador entre el colectivo de estudiantes, sigue un patrón similar al anteriormente observado para el resto de la comunidad universitaria. En este sentido, el porcentaje de fumadores alcanza el 35,8 %, (el 25,2% fuma diariamente y el 10,6% ocasionalmente), mientras que el 64,2% no fuma actualmente, si bien el 8,6% de éstos lo hizo en el pasado.

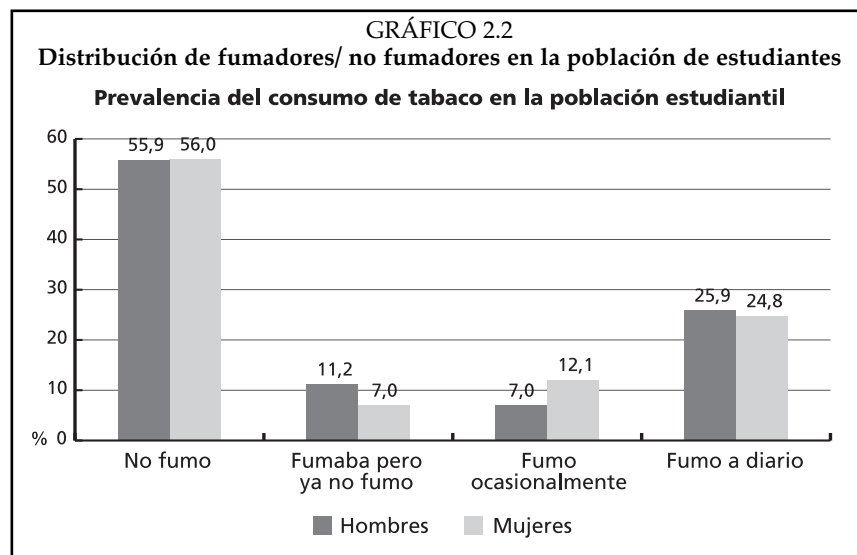


		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No fumo	247	55,6
	No fumo pero era fumador/a	38	8,6
	Sí, sólo fumo ocasionalmente	47	10,6
	Sí, fumo diariamente	112	25,2
	Total	444	100,0

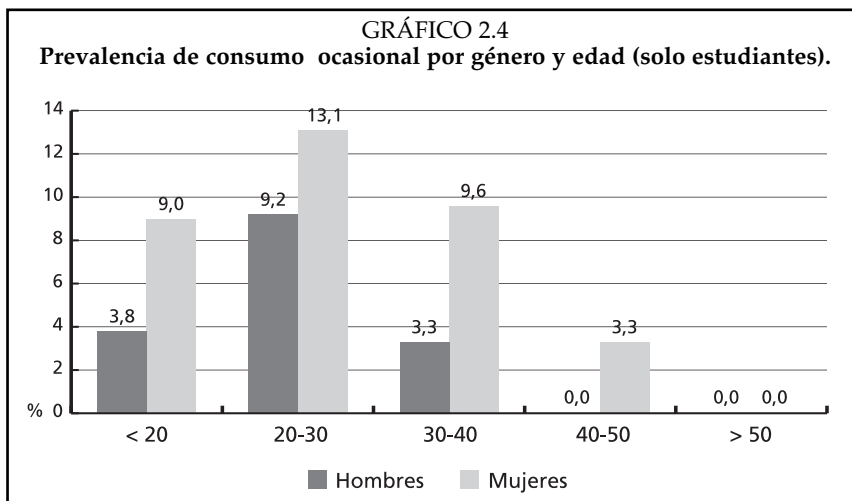
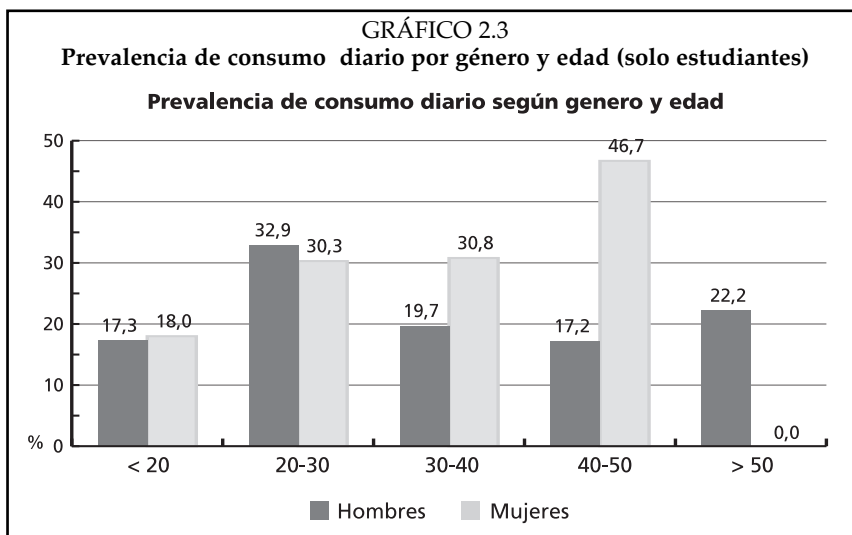
La media de edad entre el colectivo de estudiantes se sitúa en los 22,87 años ($dt= 6,9$). Esta media se eleva a 26,6 ($dt= 9,3$) cuando la calculamos entre los estudiantes fumadores. Estos datos nos hacen intuir que los estudiantes de cursos superiores podrían fumar más, estableciéndose así una relación directa entre nivel de estudios y hábito tabáquico. Sin embargo, la distribución del consumo según los distintos cursos no sigue un patrón lineal ascendente, como cabría esperar a la luz de los resultados anteriores. Las tasas de consumo, ya sea diario u ocasional, fluctúan sin aparente explicación en los cinco cursos académicos.

En cuanto a las distribuciones por género dentro de la población de estudiantes, el análisis de la prevalencia arroja resultados muy similares,

con tan solo tres puntos porcentuales de diferencia. Si bien, se aprecia un ligero aumento de mujeres que fuman, el 37% declara fumar habitual u ocasionalmente frente al 33% de hombres, podemos decir que estudiantes de ambos sexos mantienen patrones similares de consumo.

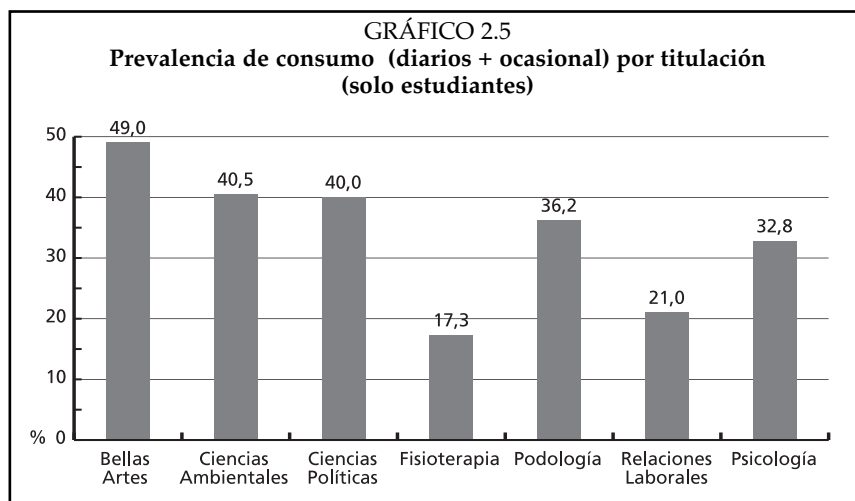


Resulta interesante detenerse en la conducta de fumar entre los estudiantes agrupados según género y edad. Los resultados nos indican que las mujeres refieren un hábito más ocasional que los hombres, en cada uno de los diferentes tramos de edad. Las estudiantes declaran fumar de forma ocasional en proporción de 3 a 1 respecto a los hombres que consumen con la misma pauta. Cuando se trata de fumar diariamente, la prevalencia de consumo es similar para hombres y mujeres hasta los 30 años, sin embargo en el tramo de edad 30-40 se evidencia una mayor proporción de mujeres, el 30,8% de mujeres frente a 17,9% de hombres. Esta diferencia todavía se agudiza más en la siguiente década (40-50 años) llegando las mujeres a doblar ampliamente a los hombres. El 46,7% de mujeres de edad comprendida entre los 40 y los 50 años, declaran fumar a diario, frente al 17,2% de hombres.



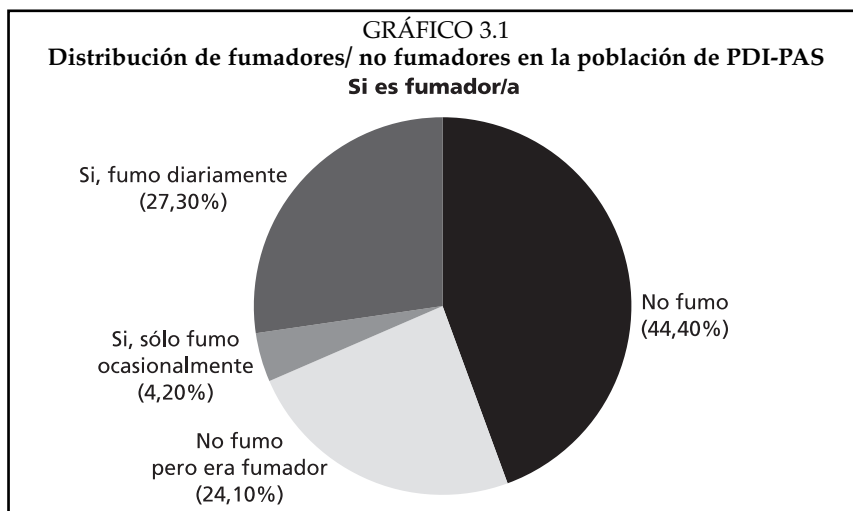
Un análisis detallado de los consumos de tabaco en cada titulación, revela que las titulaciones con mayor porcentaje de fumadores son “Bellas Artes” (casi el 50% de los alumnos encuestados informaron ser

fumadores diarios u ocasionales) seguido de “Ciencias Ambientales” y “Ciencias políticas” (40% de cada titulación). Mientras que los estudiantes de “Fisioterapia” son los que declaran un menor consumo (17,3%).



4.3.- EL PERSONAL DOCENTE E INVESTIGADOR Y EL PERSONAL DE ADMINISTRACIÓN Y SERVICIOS.

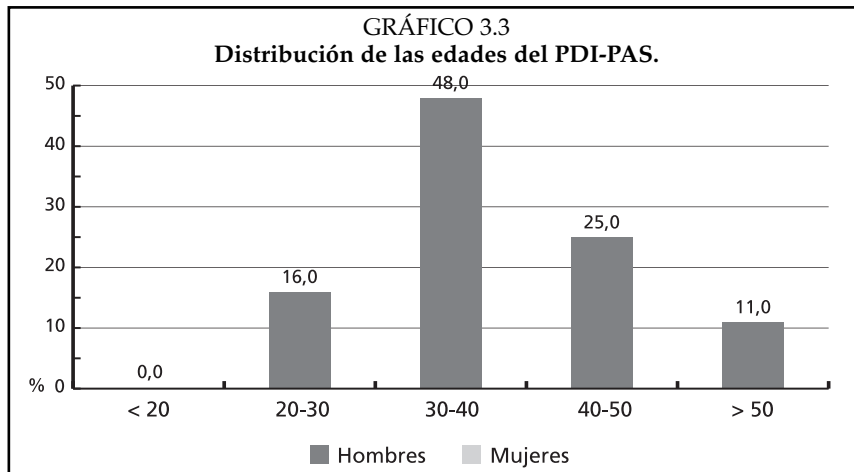
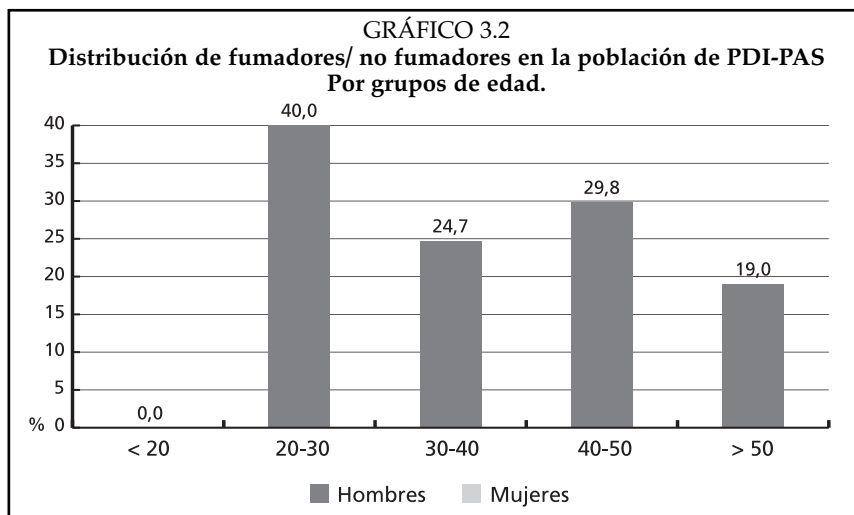
Al analizar la muestra en función del consumo, los encuestados se distribuyen en un 68,5% que declara no fumar y un 31,5% restante, que fuma de forma ocasional (el 4,2%) o diaria (el 27,3%). Si comparamos estos resultados con los obtenidos en el grupo de estudiantes, podemos concluir que el consumo de tabaco entre PDI-PAS es algo inferior que entre estudiantes, aunque la diferencia no es significativa.



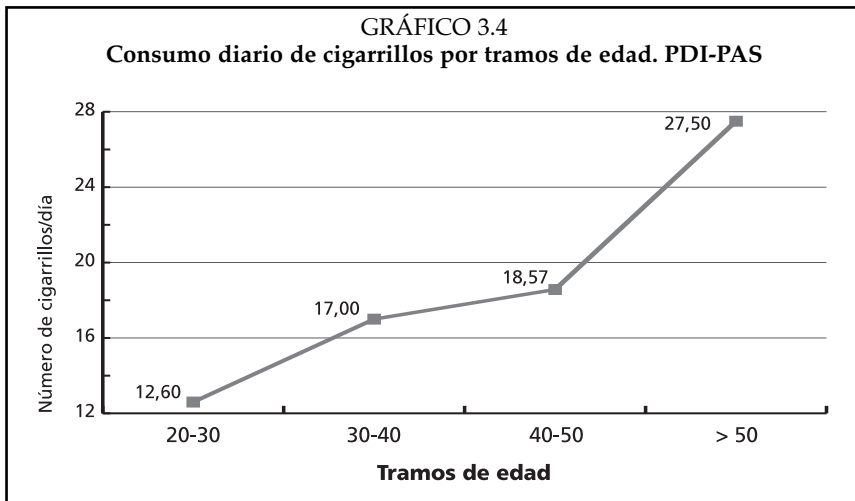
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No fumo	96	44,4
	No fumo pero era fumador/a	52	24,1
	Sí, sólo fumo ocasionalmente	9	4,2
	Sí, fumo diariamente	59	27,3
	Total	216	100,0

La media de edad de este colectivo se sitúa en los 36,38 años ($dt=10,6$). Esta media se reduce a 35,39 años si la calculamos solo en fumadores, por lo que se intuye que la población fumadora es la más joven. Veamos entonces como se comporta la prevalencia de consumo si seccionamos la población de PDI-PAS en 5 grupos de edad (<20; 20-30; 30-40; 40-50; >50). Conviene advertir que el rango de edad abarca un arco de 35 años, que va de los 25 a los 60. La muestra no incluye ningún sujeto menor de 25 años ni mayor de 60 entre el personal PDI-PAS. El 64% de los encuestados se sitúa entre los primeros 15 años (de los 25 a los 40 años), y que el 36% restante tiene edades comprendidas entre los 40 y los 59 años, por lo que la población PDI-PAS es principalmente joven. El tramo de edad que

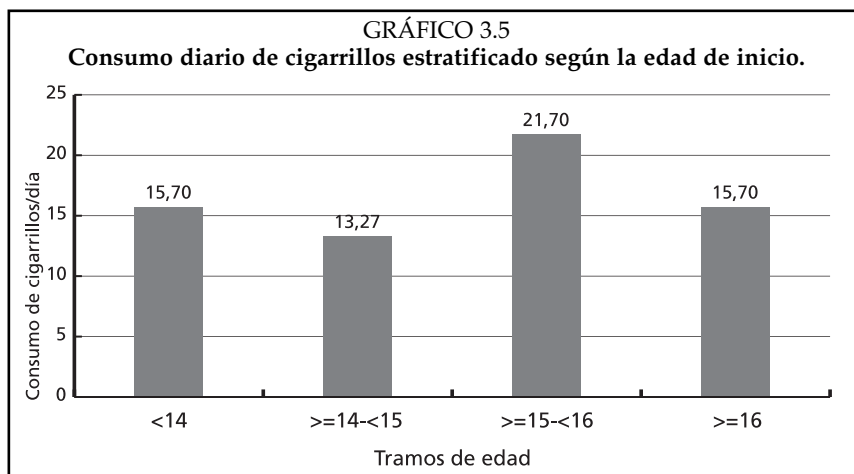
va de los 30 a los 40 años, es el tramo más poblado (el 48% de todos los trabajadores se encuentran en este arco de edad) y presenta una prevalencia de consumo del 24,7%, entre fumadores diarios y ocasionales. Los más fumadores son los más jóvenes, en edades comprendidas entre 25 y 30 años se alcanza el 40% de fumadores. Sin embargo, como vemos en el gráfico 3.4, este grupo es el que menos cigarrillos fuma al día.



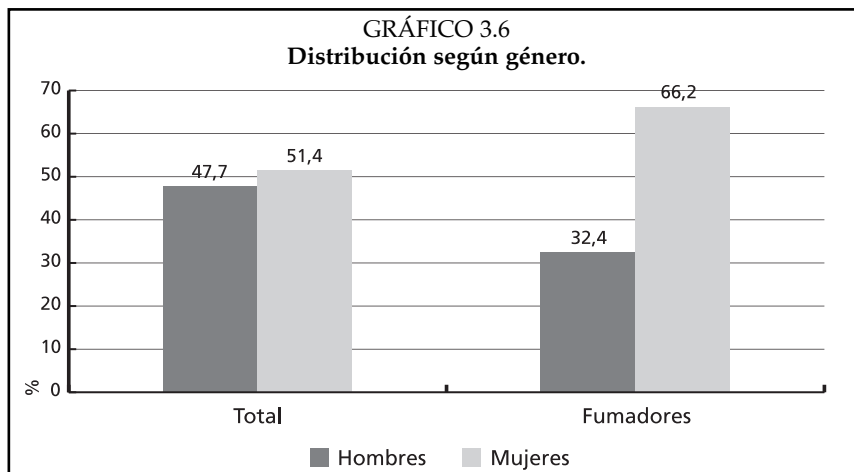
Al comparar la frecuencia de consumo, entendida como número de cigarrillos al día, por tramos de edad, existe una relación directa entre la edad y la cantidad de cigarrillos que se fuman al día. De esta forma, observamos los consumos más bajos, 12,6 (dt= 9,1) cigarrillos al día, en el tramo de edad que va de los 25 a los 30. En el otro extremo se encuentra el grupo de mayor edad, personas con más de 50 años, que fuma de media 27,5 (dt= 6,4) cigarrillos al día, registrando la tasa de consumo más alta.



Los resultados del análisis de la frecuencia de consumo por grupos diferenciados según la edad en que empezaron a fumar, indican que la edad de inicio no correlaciona con el número de cigarrillos fumados al día, por lo que no se ha encontrado relación alguna entre la variable edad de inicio y frecuencia de consumo.



La presencia de ambos sexos entre el colectivo PDI-PAS se encuentra muy equilibrada aproximándose en ambos casos al 50% (el 47,7% está formado por mujeres y el 51,4% por hombres). Al analizar estos mismos datos en personas fumadoras, bien sea ocasionales o diarios, encontramos una evidente superioridad del porcentaje de mujeres frente al de hombres. La proporción de mujeres que declaran fumar (66,2%) dobla a la de los hombres (32,4%).



5. DISCUSIÓN

Los estudios de prevalencia son imprescindibles a la hora de plantearse estrategias preventivas o poner en marcha programas de tratamiento. Los resultados del presente trabajo sitúan a la comunidad universitaria de la Universidad Miguel Hernández, por encima de la tasa nacional en número de personas que fuman a diario. Las Comunidades Autónomas donde el índice de fumadores es mayor se corresponden con las de Madrid, Murcia, Canarias y Comunidad Valenciana, por ese orden (PNsD, 2003). Nuestra muestra se ubica en las tasas correspondientes a Canarias y Comunidad Valenciana.

Con referencia a las diferencias de consumo diario de tabaco y género, la evolución en España desde el año 1995 hasta el año 2001 (PNsD, 2003) la franja de edad entre los 15 y los 19 años ha sido históricamente la que ha arrojado porcentajes de fumadoras por encima de fumadores, apareciendo a la inversa en las restantes franjas de edad estudiadas. Comparativamente con nuestros resultados, apreciamos que globalmente las mujeres superan a los hombres en el consumo de tabaco diario (27.6% frente al 23.2%), no coincidiendo con las cifras a nivel nacional. Asimismo, este dato global no se aprecia en ninguna de las Comunidades Autónomas analizadas por separado entre los años señalados.

Con respecto a la edad, coincide con la prevalencia a nivel nacional, donde el rango de edades más bajas (15-19) son los que fuman menos. En cambio, si analizamos por géneros, tampoco coincide con los resultados a nivel nacional del año 2001 (Infante y Rubio-Colavida, 2004), donde el rango de edad de mayor consumo diario de tabaco en los hombres es el de 35-39 años, siendo en nuestra población el correspondiente con 20-30 años; y en el caso de las mujeres a nivel nacional es el enmarcado entre los 20-24 años y en nuestra muestra se encuentra entre los 40-50 años.

En cuanto al número de cigarrillos diarios, podemos observar en nuestra población un incremento significativo en función de la edad de los sujetos, pasando de una media de 12.6 en el tramo de 25-30 años, a una media de 27.5, en el tramo de 50 a 64 años, lo que significa en términos absolutos un aumento medio de 14.9 cigarrillos diarios. Estos datos no se corresponden con las medias a nivel nacional, que en los casos de mayor aumento absoluto, suben hasta un 5.3 cigarrillos/día, como máximo.

Finalmente, los datos obtenidos nos permiten orientar las campañas de prevención y tratamiento hacia dos fuentes fundamentales de acción, por una parte el enfoque discrecional hacia la población femenina y, por otra, la población que supera los 50 años de edad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gurrea, A. y Pinet, M. C. (2004). Tabaco y patología afectiva. *Adicciones*, 16, 2, 155-176.
- Infante, C. y Rubio-Colavida, J. M. (2004). La prevalencia del consumo de tabaco en España. *Adicciones*, 16, 2, 59-73
- López, C.; García-Rodríguez, J.A.; Mira, J.J. y Estévez, C. (2000). Validación de escalas de actitudes hacia el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. En J. Fernández; J. Herrero y A. Bravo (eds.). *Intervención psicosocial y comunitaria: la promoción de la salud y la calidad de vida*. pp 283-286. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Martínez-Ortega, J. M., Gurpegui, M., Díaz, F. J. y De León, J. (2004). Tabaco y esquizofrenia. *Adicciones*, 16, 2, 177-190.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta Nacional de Salud de España 2001*. ww1.msc.es/salud/epidemiologia/ies/encuesta2001/encuesta.htm.
- Observatorio Español sobre Drogas (2003). *Encuesta domiciliaria sobre Consumo de Drogas en España*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- Ortín, J. M., Custardoy, J., Pineda, M., Cano, J. G., Andreu, M., van der Hofstadt, C. J. y Sánchez, F. (2002). Prevalencia del tabaquismo en una población periurbana de la provincia de Alicante. *Salud y Drogas*, 2, 2, 41-54.
- Vázquez, F. L., Becoña, E. y Mínguez, M. C. (2002). Fumar y depresión: situación actual en España. *Salud y Drogas*, 2, 1, 17-28.

CRITERIOS DE VALORACIÓN Y ANÁLISIS DE SITIOS WEB SOBRE DROGODEPENDENCIAS

David Carabantes Alarcón
Carmen García Carrión
Juan Vicente Beneit Montesinos
*Instituto Universitario de Drogodependencias.
Universidad Complutense de Madrid*

RESUMEN

La calidad en Internet tiene un gran valor, y más aún cuando se trata de una página web sobre salud como es un recurso sobre drogodependencias. El presente artículo recoge los estimadores y sistemas más destacados sobre calidad web para el desarrollo de un sistema específico de valoración de la calidad de recursos web sobre drogodependencias. Se ha realizado una prueba de viabilidad mediante el análisis de las principales páginas web sobre este tema (n=60), recogiendo la valoración, desde el punto de vista del usuario, de la calidad de los recursos. Se han detectado aspectos de mejora en cuanto a la exactitud y fiabilidad de la información, autoría, y desarrollo de descripciones y valoraciones de los enlaces externos.

Palabras Clave: Internet, calidad, web, drogodependencias.

ABSTRACT

The quality in Internet has a great value, and still more when is a web page on health like a resource of drug dependence. This paper contains the estimators and systems on quality in the web for the development of a specific system to value the quality of a web site about drug depen-

dence. A test of viability by means of the analysis of the main web pages has been made on this subject, gathering the valuation from the point of view of the user of the quality of the resources. Aspects of improvement as the exactitude and reliability of the information, responsibility, and development of descriptions and valuations of the external links have been detected.

Key words: Internet, quality, drug dependence.

INTRODUCCIÓN

Internet ha revolucionado el campo de la información y la comunicación. Se ha constituido como el mayor proveedor de información, abarca la temática más variada, con gran disponibilidad de acceso, uso sencillo y con la incorporación de diversos servicios. Ahora bien, también es cierto que este medio presenta una serie de inconvenientes como la volatilidad de la información que contiene y la saturación informativa que puede provocar.

Pero uno de los grandes problemas al que se presenta un medio tan extenso es la falta de calidad, la “paradoja de la información” que han recogido autores como Codina (1998): una fuente de información es más útil cuanto mayor sea la probabilidad de encontrar información relevante, pero a su vez es más difícil separar en ella el “ruido” de la información. Además, no existe una legislación vigente unánime de control de calidad.

Falta de credibilidad, inexactitud e importancia relativa son atributos que se suelen conceder a un documento recuperado de la Red, ya que es frecuente que no se cumplan unos factores de calidad básicos y coincidentes a los existentes en las publicaciones científicas impresas en papel (Silberg, 1997), como son la autoría e identificación de las fuentes del contenido de la información o la forma de contactar con el autor.

Esta cuestión de la calidad es más importante en la información sobre la salud. La búsqueda de contenidos sanitarios es una de las prácticas más habituales, de forma que como se recoge en el estudio de Ávila (2001), más de 300 millones de usuarios hicieron uso a nivel mundial de la Red para encontrar información sanitaria.

El número de recursos dedicados a esta función se encuentra en aumento, de forma que como se refleja en el trabajo de Itagaki (2002), a pesar del fracaso de las “punto com”, existe un aumento de las empresas

dedicadas a proporcionar información sanitaria a través de portales de salud.

Por su parte, la implicación de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, está produciendo un cambio en la relación asistencial entre el enfermo y el profesional que hace que cada vez sea mayor sea el valor de este tipo de información.

Los usuarios buscan información sobre salud, a pesar de que ellos mismos son conscientes de que la información es en gran cantidad de ocasiones incompleta, y así queda recogido en investigaciones como la realizada por la Fundación *Health On the Net* (HON) en 1999, que demostró que un 71% de los encuestados afirmaba que la información sanitaria debía mejorar.

Ahora bien, el problema de la calidad adquiere una importancia especial con los recursos de salud, por lo que se han desarrollado actuaciones de diversas asociaciones sanitarias, entidades, iniciativas gubernamentales y empresas dedicadas a este fin.

Cada sistema de acreditación sanitario posee unas características propias, pero comparten un mismo fundamento consistente en la adhesión a unos criterios elementales que garanticen la calidad para el usuario de información sanitaria: público en general, pacientes y profesionales sanitarios.

Como recoge Carnicero (2002) en el IV informe SEIS de la Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS), debe de existir la participación de los principales implicados en la mejora de la calidad de los recursos web.

Se pretende fomentar la autorregulación, ya que se crea una responsabilidad en los creadores para conseguir la acreditación, y en cuanto a los usuarios, se intenta que desarrollen las habilidades y la capacidad de discernir los sitios relevantes de los de contenido dudoso. Se apuesta porque el usuario participe de manera activa para que reconozca los elementos fundamentales que debe tener una página web, e intervenga en el desarrollo y revisión que los sistemas de acreditación deben hacer para adaptarse a las nuevas necesidades y posibilidades de Internet.

El fundamento básico de los sistemas es similar al que se presenta en las publicaciones periódicas tradicionales, es por eso que asociaciones médicas como la Asociación de Médicos de Estados Unidos, *American Medical Association* (AMA), participó en este sentido recogiendo los principios establecidos en su publicación en formato impreso (*Journal of American Medical Association*), para regir el desarrollo y el mantenimiento de

sus sitios web, y por extensión, poder aplicarse a cualquier recurso sobre salud en Internet; trabajando a través de un comité fundado en 1999 desarrollaron unas normas de calidad (Winker, 2000).

Los medios de acreditación se pueden agrupar por similitudes, de forma que se pueden distinguir principalmente: códigos éticos, herramientas de valoración por usuarios, sistemas de validación por terceros y catálogos de recursos.

Los principales códigos de conducta establecieron las primeras formas de evaluación de la calidad en información web sobre ciencias de la salud al dictar unas buenas prácticas de realización y uso de un recurso web de salud, como ocurrió en 1996 el HON-Code de la fundación *Health On the Net*. Se trata de un sistema de certificación voluntario basado en la autorregulación, de carácter dinámico y del que se han realizado distintas versiones y traducido a varios idiomas. Contiene una etiqueta identificativa. URL <http://www.hon.ch>

También se encuentra la *Internacional Health Coalition* que trabaja desde 1997 para aportar criterios en la evaluación de todo tipo de recursos online de carácter sanitario, a través de unos consejos para usuarios de información médica. También han desarrollado un *Código de Ética de e-Salud*. URL <http://www.ihealthcoalition.org>

Entre los sistemas de evaluación de la página por la participación activa del propio usuario atendiendo a unos criterios se encuentran:

- DISCERN. Herramienta en línea en forma de cuestionario para páginas web sobre tratamientos crónicos. Desarrollada entre 1996 y 1997 por *The British Library* y el *NHS Executive Research & Development Programme*, junto con la edición de unos criterios de calidad en febrero de 1999 para usuarios de información realizados por Deborah Charnock del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Oxford y Sasha Shepperd del Imperial College de Londres. Se trata de un cuestionario en línea de 15 preguntas, cada una de ellas calificada sobre 5 puntos. URL <http://discern.org.uk>

- Information Quality (IQ) Tool. Sistema interactivo de valoración desarrollado por el *Health Information Technology Institute* dentro del programa de salud de la compañía Mitretek System, y de su grupo de trabajo sobre calidad de la información sanitaria en Internet Health Summit Working Group, que recopiló unos criterios entre 1996 y 1998 para evaluar la calidad de la información de la salud, reflejado posteriormente en un documento base sobre la estrategia de criterios para asegurar la calidad de la información. URL <http://hitiweb.mitretek.org>

- NETSCORING Sistema para la descripción de criterios y su valoración desarrollado por el *Centre Hospitalier Universitaire de Rouen* a través de un grupo de trabajo de distintos organismos y entidades. Recoge un formulario con una serie de cuestiones relativas a la calidad de un recurso web. URL <http://www.chu-rouen.fr>

- QUICK. Herramienta específica en información sanitaria de carácter infantil que pretende ser utilizada como una ayuda de formación en la educación escolar. Sustentada por la *UK Health Development Agency* y el *UK Centre for Health Information Quality*. URL <http://www.quick.org.uk>

Otro modelo de valoración es el sistema de validación por terceros mediante sello identificativo, que es un modelo de certificado por etiqueta de la calidad de un recurso. Dentro de este sistema se encuentran:

- MEDCIRCLE. Derivado del proyecto piloto MEDCERTAIN, que establecía una demostración funcional de un sistema de clasificación para pacientes y usuarios de información de salud. Formaba parte del proyecto de la Unión Europea *Safer Internet Action Plan*, para promover el uso seguro de Internet. El actual MEDCIRCLE, una colaboración europea con integrantes como el portal CISMef francés, la Universidad de Heil-derberg o asociaciones de médicos como la Asociación Médica Alemana (AQUMED) o el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (WMA/COMB). Realizan unos servicios de evaluación y clasificación de recursos en Internet, iniciados con anterioridad a través del proyecto MedCERTAIN. URL <http://www.medcircle.org/>

- TNO-QMIC. La *Netherlands Organisation for Applied Scientific Research* (TNO) ha desarrollado el estudio piloto *Quality in Medical Information and Communication* (QMIC), basado en un sistema de autocertificación con referencias externas. URL <http://www.gezondzoeken.nl>

- URAC. Sistema de evaluación desarrollado por la organización norteamericana URAC a través de un sistema de acreditación mediante un sello que mide la capacidad de un recurso web de resolver los 53 estándares rigurosos para asegurar una calidad y servicios dignos de confianza. URL <http://webapps.urac.org>

Los catálogos de recursos son sistemas que revisan con criterios científicos las webs de salud, las evalúan y clasifican, proporcionando un filtro de información a través de un grupo de profesionales. Destaca la iniciativa BIOME que contiene la actuación en salud denominada OMNI.

BIOME es una selección de recursos de calidad en Internet sobre salud y ciencias de la vida. Desarrollado por el *Joint Information Systems Committee* (JISC) a través del *Resource Discovery Network* (RDN). Se divide en

cinco entradas: OMNI, VETGATE, BIORES, NATURAL, AGROFOR, de las cuales, la primera de ellas está dedicada exclusivamente a la salud. URL <http://biome.ac.uk/>

De esta forma, OMNI (*Organising Medical Networked Information*), es una herramienta desarrollada por un grupo de investigadores de la *University of Nottingham Greenfield Medical Library*, que proporciona recursos sobre salud y medicina en Internet evaluados y clasificados a través de un grupo de profesionales que evalúan y clasifican. URL <http://omni.ac.uk/>

Cada sistema de los desarrollados anteriormente presenta distintas ventajas e inconvenientes, pero en la actualidad se tiende hacia un modelo mixto que combinan distintos sistemas, por ejemplo los iniciados desde el territorio español: Web Médica Acreditada, el proyecto Webs Médicas de Calidad en lengua española o IQUA.

Web Médica Acreditada es un proyecto de *Metges on-line* del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB). Han desarrollado un código de conducta y un sello acreditativo de calidad. Se recoge además el índice de recursos que han alcanzado la acreditación clasificado por distintos parámetros. URL <http://wma.comb.es/>

Webs Médicas de Calidad en lengua española (pWMC) se trata de un proyecto iniciado por el Dr. Carlos A. Díaz Vázquez en el año 2000 con motivo de la creación de una lista de revisión de la calidad de webs sobre enfermedades respiratorias. Se ha convertido en la actualidad es un sistema para mejorar la calidad de recursos sanitarios en idioma español existentes en Internet a través de sello de calidad. Atiende a unos criterios equiparables a los establecidos por la iniciativa de la Unión Europea que se va a explicar a continuación: *eHealth*, y además se deben cumplir unos requisitos para valorar el grado de "usabilidad" de la web. Dispone de un código ético para Webs de contenido sanitario relativo a la salud humana y recoge los recursos acreditados mediante este sistema. URL <http://www.pwmc.org/index.htm>

IQUA es una plataforma constituida por autoridades independientes con competencias en la Red, que pretende ser el punto de encuentro y referente común entre los estamentos implicados. Promociona la autorregulación a través del compromiso de los miembros adheridos, asumiendo un código de conducta específico y adoptando las normas en las cuales se basa el sello de certificación. URL <http://www.iqua.net/>

A nivel europeo, se encuentra la iniciativa desarrollada por la Unión Europea, establecida dentro del Directorio General de la Sociedad de la

Información, una propuesta en materia de salud on-line que trabaja en la acreditación de la información sanitaria de calidad en Internet.

Se configuró un grupo de trabajo formado por los estados miembros y con el apoyo de entidades que han desarrollado sus criterios propios de acreditación antes mencionados como el HON-Code o el proyecto OMNI. Diseñaron un documento compatible con la mayoría de las acreditaciones en funcionamiento en Europa, las directivas europeas y los estándares técnicos relevantes en Internet a través de los puntos de vista de los propios usuarios, los profesionales y el de los propietarios de los sitios sanitarios existentes en la red.

El Consejo Europeo, promovió en el año 2000 una iniciativa junto con *eEurope2002* para la creación de unos criterios específicos y en el año 2002 se presentó la comunicación de la Comisión Europea: *eEurope2002: Quality Criteria for Health related Websites*.

Las líneas maestras de este proyecto están formadas por seis puntos clave: 1) transparencia y honestidad del proveedor de la página web, de los objetivos y propósitos y de la identificación de la audiencia a la que se dirige, 2) mención de la autoridad, 3) confidencialidad, 4) actualización, 5) responsabilidad y 6) accesibilidad.

De esta forma, se defienden unos estándares básicos para la calidad de la información, y se tiene en proyecto la creación de una marca sanitaria para los webs de ciencias de la salud, la marca CE sanitaria, una acreditación europea que garantice la calidad de los recursos web sobre salud de los países que integran la Unión Europea. URL http://europa.eu.int/information_society/eeurope/ehealth/index_en.htm

A nivel del campo de las drogodependencias es necesario que los recursos ofrezcan contenidos de calidad, para que, como recoge Lacoste (2000) la aplicación de Internet permita obtener beneficios notables de en la atención y prevención de las drogodependencias.

En este sentido destaca *Elisad: European association of libraries and information services on alcohol and other drugs*, que ha desarrollado un proyecto coordinado por Archido (Universidad de Bremen, Alemania) en el que se realiza una recopilación de recursos de calidad sobre sustancias de abuso, alcohol y adicción.

Ya por último, para ejemplificar la actividad específica en recursos sobre drogodependencias, y desde España, existe un ejemplo de recopilación de recursos sobre este tema, el desarrollado por el Instituto de Estudio de las Adicciones a través de *Lasdrogas.net*. Permite que los

usuarios ofrezcan una puntuación a los recursos, pero sin atender a unos criterios preestablecidos. URL <http://lasdrogas.net/inlink/>

La eficacia conseguida por estos sistemas explicados está relacionada con el coste económico que supone su realización y por lo tanto de la viabilidad de su implantación, de forma que algunos ofrecen mucho rigor pero la elevada cuantía de su puesta en marcha hace que resulte inasequible para los recursos pequeños. Además, la efectividad de los sistemas existentes no sólo depende de sus implicaciones económicas de desarrollo, por ejemplo, la gran envergadura de la tarea desborda con frecuencia los medios de los que se dispone y pone por tanto en jaque su eficacia.

El modelo de sello de calidad, por ejemplo, no es tan eficaz como se podía pensar, como los demuestran estudios como el realizado por Risk (2001), en el que refleja que se puede mostrar indiferencia ante estos sellos por parte de los usuarios que están acostumbrados a verlos sin saber muy bien en qué consiste y además se puede producir con facilidad una adhesión meramente formal con un alto nivel de incumplimiento, pero no se disponen los medios para contrastar su cumplimiento a lo largo del tiempo, o ni siquiera está prevista la retirada de la acreditación y no siempre se ha conseguido un respaldo legal que les confiera un carácter vinculante suficiente.

Así pues, como afirmó Vinton Cerf (creador junto con Robert Kahn en 1973 del protocolo TCP/IP), entre los grandes retos de Internet se encuentran conseguir la fiabilidad de la información depositada, la escalabilidad, el crecimiento armónico y el mantenimiento de la seguridad de Internet (Sanroma, 2000).

El presente trabajo pretende complementar los medios disponibles identificados y comentados anteriormente realizando la propuesta de unos indicadores de calidad para la valoración de recursos web sobre drogodependencias. Además, se realiza una prueba de la viabilidad de los indicadores desarrollados en páginas web sobre drogodependencias a través del análisis de los principales recursos web sobre este tema y realizar una valoración desde el punto de vista del usuario de la calidad de los recursos.

MÉTODO

El material necesario para la realización de este trabajo de investigación consistió en un modelo de valoración de recursos web sobre ciencias de la salud desarrollado para tal fin, a lo que hay que unir una serie de

páginas web sobre drogodependencias seleccionadas para aplicar este sistema.

El primer paso para establecer los criterios de valoración del modelo de evaluación se basó en realizar una revisión bibliográfica para conocer el estado de la cuestión sobre el tema, los sistemas existentes y sus características.

En la búsqueda de textos en formato impreso sobre calidad de recursos digitales se detectaron trabajos que analizaban esta situación y proponían unos criterios para garantizar la información proporcionada por Internet. Se completó este proceso con la búsqueda a través de la Red de los elementos relacionados con este tema.

Los estudios previos encontrados procedían principalmente de bibliotecas y centros de documentación que pertenecían en su mayoría a instituciones educativas como universidades o institutos de estudios superiores. También los propios suministradores de alojamiento de páginas recogían unos criterios básicos para las páginas en ellas hospedadas.

Una vez realizada una visión general del tema, la búsqueda de información se centró en la revisión de los estudios realizados sobre el ámbito sanitario para detectar aquellos sistemas dedicados al tema de la salud, intentando encontrar las herramientas de valoración más frecuentes (mencionadas anteriormente en el apartado de planteamiento del tema) e intentar usar las disponibles en línea para observar su manejo. No se detectaron sistemas concretos para el campo de las drogodependencias, a excepción de un modelo de valoración por parte del usuario desarrollado en una página española, pero que no responde unos criterios específicos.

Se unificaron los principios sobre la calidad de cualquier página web en general con los indicadores específicos en el campo de las ciencias de la salud, para así crear un modelo de guía y orientación a la hora de analizar una página web del ámbito sanitario.

Los principios contenidos en el modelo están agrupados en dos grandes categorías fácilmente reconocibles en un recurso web: la estructura y el contenido. La estructura engloba apartados como la organización, navegación, velocidad o servicios que incluye, y pretende conseguir el mayor grado de "usabilidad" de un recurso, es decir la facilidad y sencillez de manejo; en el contenido destaca la información de calidad, con mención de autoridad y actualizada de forma continua. Véase tabla nº 1.

Este modelo se utilizó para realizar una aplicación en una selección de recursos digitales sobre drogodependencias. Debido a las dimensiones

inabarcables de la Red se intentó recoger una muestra representativa en base a los 16 temas y 5 unidades didácticas del programa docente de la asignatura de Drogodependencias que se imparte en las Diplomaturas de Enfermería y Fisioterapia de la Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid. Véase tabla nº 2.

De los 16 temas se distinguieron un total de 20 subtemas, por ejemplo el referido a otros estimulantes del Sistema Nervioso Central permite separarlo en xantinas, anfetaminas y drogas estimulantes del Sistema Nervioso Central.

Para la búsqueda de las páginas web pertinentes se procedió al uso de tres de las herramientas de búsqueda más comunes en Internet: Yahoo! España (<http://es.yahoo.com/>) para ejemplificar un directorio de búsqueda, Google en español (<http://www.google.com>) como motor de búsqueda por excelencia, y Metacrawler (<http://www.metacrawler.com>) como metabuscador.

En el proceso de búsqueda se utilizaron unos criterios uniformes: los términos utilizados fueron siempre los mismos para la búsqueda en los tres sistemas, se utilizaron los términos más representativos posibles, de forma que, por ejemplo, para localizar recursos sobre aspectos geopolíticos sobre las drogas se usaron “geopolítica” y “drogas”. Además, no se limitó al idioma español pues se intentaba recuperar los recursos al margen del idioma, el proceso de selección se restringió a los 20 primeros resultados que ofrecía cada herramienta de búsqueda, y se eligieron aquellas páginas que trataran exclusivamente sobre el tema, descartando los artículos, casos clínicos, reseñas de publicaciones y libros.

La selección se limitó a las 3 páginas que se consideraron más representativas de cada subtema, obteniendo un total de 60 páginas web, de los cuales más de la mitad (36 páginas que correspondían a un 60%) eran un apartado de un recurso mayor y en un 40% (24 páginas) se trataba de un recurso propio.

Para conocer la valoración de los usuarios sobre la calidad de los recursos web elegidos se procedió a la entrega a un grupo de estudiantes de la asignatura de Drogodependencias para Fisioterapia del modelo de evaluación de recursos y se le solicitó a cada uno de ellos la cumplimentación de la tabla donde se recogían los criterios establecidos para la valoración de la página.

En la tabla a rellenar por el alumno, se incluían los aspectos de opinión del usuario que se codificaban del 1 al 5 correspondiendo a nada, poco, nor-

mal, bastante o mucho. También se valoraba la existencia de determinados elementos en la página a valorar, mediante preguntas de respuesta “sí/no”, por ejemplo si existían servicios de ayuda a la navegación como mapa web.

Se les solicitó que sin tener una puntuación para cada criterio pusieran una calificación a la página que habían valorado y que así se reflejara la calidad del recurso valorado.

El aspecto que hace referencia a la presencia o ausencia de elementos fue revisado detalladamente por el profesorado para evitar que el alumno no hubiera sabido encontrarlo.

RESULTADOS

En cuanto a la organización, se consideró prácticamente por unanimidad que el conjunto de recursos tenía una estructura sencilla, clara y lógica, y que el acceso a las secciones que componen las páginas web se realizaba de forma intuitiva. Véase gráfico 1.

El diseño resultó atractivo de forma general, pero se detectó que la estética podía mejorar. Véase gráfico 2.

Existía una buena correlación entre el texto y las imágenes, pero existía un imbalance negativo con respecto a las imágenes y elementos gráficos, que los usuarios consideraban que deberían aumentar. Véase gráfico 3.

El modelo de navegación de las páginas resultaba adecuado, y los usuarios lo consideraron sencillo. Véase gráfico 4.

Se encontraron sistemas de ayuda a la navegación en un tercio de las páginas examinadas. Entre las herramientas encontradas destacan principalmente el botón de regreso a la página principal y el motor de búsqueda, seguido del mapa web y preguntas frecuentes en la misma proporción; de forma muy reducida, se encontró una guía de uso para el manejo de las páginas. Véase gráfico 4.

La velocidad de descarga y de movimiento por el recurso se percibió mayoritariamente como buena, clasificándose de rápida. Véase gráfico 5.

En cuanto al tipo de recurso, la extensión con mayor representación es la “org”, seguida de “com” y “net”. Un porcentaje de las páginas hacían referencia al país de origen como son: “es”, “cc” y “cl”; encontrándose sólo en un caso la extensión “gob”. Véase gráfico 6.

Con respecto a la mención de autoría, en la práctica totalidad de las páginas analizadas se encontró un apartado dedicado a describir la indicación de la propiedad de la web. Véase gráfico 7.

En cuanto a la filosofía de la web, en la mayoría de las páginas (90%) se disponía de un apartado específico donde se explican los propósitos de la web y los objetivos de la organización, entidad o persona que lo sustenta. En todas estas páginas en las que se muestra la filosofía del site, coincidían en el carácter informativo como motivo de creación de la página.

En el apartado de publicidad y patrocinio se ha de destacar que en cuatro ocasiones (6,67%) se producía la apertura de una página que no se quiso visitar, la mayor parte ofrecían publicidad sobre el servidor de la página y en una ocasión era de carácter sexual.

En la indicación de necesidades para la visualización, en un 36,67% de las ocasiones, se requería la instalación de programas adicionales como Acrobat Reader para visualizar ficheros en pdf, el descompresor de ficheros Winzip o "plugin" para visualizar imágenes.

Con respecto a las limitaciones atendiendo al tipo de usuarios, no existió en ningún caso secciones restringidas mediante clave de acceso pero sí se encontraron páginas (6,67%) con secciones específicas para determinados usuarios como canales determinados.

Los aspectos de privacidad y confidencialidad se pudieron valorar en siete ocasiones, cuando se requería información personal para la obtención por parte del usuario de servicios de valor añadido como la suscripción a boletines informativos, difusión selectiva de la información o consulta on-line. No se indicaba en más de la mitad de los casos (57,12%) que se mantuviera la privacidad y confidencialidad de la información personal. En ningún momento se produjo la activación de elementos que certificaran que la transacción de información se realizaba de forma segura.

Con respecto a la metainformación, no se encontró en ninguna página web elementos relacionados con este aspecto, ni de carácter de resumen ni evaluativo.

En cuanto a los servicios de valor añadido, se encontraron principalmente foros de debate, y en una misma proporción listas de distribución, bases de datos on-line, boletines informativos y difusión selectiva de la información (DSI); siendo muy reducida la aparición de servicios de chat. Véase gráfico 8.

De forma generalizada (96,67%) se incorporaba la forma de contactar el usuario con la web a través del e-mail, pero sólo en un 8,33% se recogía la forma de contactar directamente con el autor de la información.

De los enlaces, sólo la mitad de ellos (55%) tenía enlaces externos, y de estos sólo en cuatro ocasiones se realizaba una descripción previa.

En el análisis del contenido, el título se consideró identificativo del tema en la práctica totalidad; tan sólo poco identificativo en menos de un 10%. Véase gráfico 9.

Los contenidos encontrados fueron considerados relevantes y pertinentes, las necesidades informativas son cubiertas y existía correspondencia entre lo esperado y lo encontrado, pero con la existencia de un ligero porcentaje de usuarios que consideraron la información de poca relevancia. Véase gráfico 9.

Con respecto a la amplitud de la información, esta se consideró adecuada y con un grado correcto de cobertura informativa, pero existía un porcentaje ligeramente inferior al 20% que indicaron poca cobertura. Véase gráfico 9.

En el apartado de originalidad se recoge que la información encontrada era original en la mitad de los casos, pero casi un tercio pensaba que era poco original. Véase gráfico nº 10

El enfoque del recurso resultó interesante en su gran mayoría, pero existía un pequeño porcentaje que era poco interesante. Véase gráfico nº 10

En cuanto a la exactitud y fiabilidad de la información, prácticamente en la totalidad de los casos se pudo determinar el responsable de la página. Ahora bien, sólo un número reducido (8,33%) incluía la posibilidad de valorar la profesionalidad del autor de la información a través de su currículum. Cabe destacar que en un porcentaje mínimo (3,33%) la información estaba sometida a un proceso de evaluación por un comité de expertos.

Con respecto al idioma, en la mayoría de las ocasiones se podía hacer uso simplemente de un idioma, en algo más de un 15% se disponía de dos idiomas, y en un bajo porcentaje permitía versiones en tres y cuatro idiomas. Véase gráfico nº 11.

El lenguaje más utilizado resultó mayoritariamente el Inglés, seguido del Español, en un porcentaje menor el Francés y cercano al 3% el Alemán. Véase gráfico nº 11

En cuanto a la redacción, se valoró esta opción en los casos en los que el idioma era el español, y por lo general se realizó una construcción adecuada, detectando faltas de ortografía o errores sintácticos y gramaticales en algo menos de un 10%.

A la hora de aplicar una puntuación a los recursos encontrados, los usuarios consideraron que la calificación media, sobre una puntuación 0-10, que ofrecerían a los recursos sobre drogodependencias es de 6.64, siendo la nota mínima encontrada de 5 y la máxima de 8.5.

DISCUSIÓN

El modelo desarrollado ha resultado útil y adecuado para la finalidad del estudio, y su aplicación en las webs más representativas sobre drogodependencias ha puesto de manifiesto los puntos débiles que existen y los aspectos que se deberían mejorar. De esta forma, se debería asegurar la confidencialidad y privacidad del usuario, mejorar la exactitud y fiabilidad de la información con la autoría individual de cada contenido, junto con la potenciación en número y en calidad de los enlaces externos con descripciones y valoraciones.

La evaluación realizada por el usuario indicaba que la calificación que otorgarían a las páginas sería buena, pero para confirmar esta hipótesis se necesitaría establecer una puntuación a cada uno de los criterios establecidos, para lo que se requiere la valoración por parte del profesional en drogodependencias de la importancia de cada uno de los estimadores desarrollados, aspecto este último en el que se está trabajando en la actualidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexander, JE. & Tate, MA. (1999). *Web wisdom: How to Evaluate and Create Information Quality on the Web*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Aplicaciones básicas y calidad de recursos web sobre Drogodependencias en Internet* (2003). La Rioja: Comisionado Regional para la droga.
- Avila, JF, Portillo, BE. y Pajares, JM. (2001). Calidad en la información biomédica existente en Internet. *Atención primaria*, 28(10), 674-679.
- Barker, J. *Evaluating Web Pages: Techniques to Apply & Questions to Ask (Why and How)* [WWW document]. URL <http://www.lib.berkeley.edu/TeachingLib/Guides/Internet/Evaluate.html>
- Beck, S. *The Good, the Bad, and the Ugly: or Why It's a Good Idea to Evaluate Web Sources*. [WWW document]. URL <http://lib.nmsu.edu/instruction/eval.html>
- Beneit, JV., Carabantes, D. y García, C (eds.) (2003). *Drogodependencias e Internet: Utilidades prácticas y guía de valoración de recursos web en español sobre drogodependencias*. Madrid: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.
- Carnicero J (Coordinador). *Luces y sombras de la información de salud en Internet*. (2002). Informe SEIS (4). Pamplona: Sociedad Española de Informática de la Salud. Disponible en: <http://www.seis.es>
- Codina, L. (2000). *Evaluación de recursos digitales en línea: conceptos, indicadores y métodos*. *Rev Esp Doc Cient*, 23(1), 9-44.
- Eysenbach, G. & Diepgen, TL. (1998). *Towards quality management of medical information on the Internet: evaluation, labelling, and filtering of information*. *Br Med J*, 317, 1496-1502.
- Fenton, S. *Information Quality: is the truth out there?*. [WWW document]. URL <http://ils.unc.edu/~fents/310/>
- Hartman, K. & Ackermann, E. *Meeting the Challenge of Critically Evaluating Information on the Internet and the World Wide Web* [WWW document]. URL <http://users.mwc.edu/~khartman/educom98.html>
- Itagaki, MW., Berlin, RB., & Schatz, BR. *The Rise and Fall of E-Health: Lessons From the First Generation of Internet Healthcare* [WWW document]. URL <http://www.medscape.com/viewarticle/431144>
- Jacobson, T. & Cohen, L. *Evaluating Internet Sites* [WWW document]. URL <http://library.albany.edu/internet/evaluate.html>
- Jones, D. *Critical Thinking in an Online World* [WWW document]. URL <http://www.library.ucsb.edu/untangle/jones.html>
- Kirk E. *Evaluating Information Found on the Internet* [WWW document]. URL <http://www.library.jhu.edu/elp/useit/evaluate/index.html>

- Lacoste, J, Megías, E, Tascón, C y García Camba, E. (2000). *La atención-prevención en drogodependencias a través de Internet: Beneficios y perjuicios*. [WWW document]. URL <http://www.intersalud.net/paginas/Num3/Adiccion/adicion.htm>
- Mayer, MA., Darmoni, SJ., Fiene, M., Eysenbach, G., Sarrias, R., Köhler C., Roth-Berghofer, T. & Gelabert, M. (2002, noviembre). *Información de calidad en Internet: Proyecto MedCIRCLE*. Comunicación presentada en el IX Congreso Nacional de Informática Médica, Informed 2002, Valencia, España
- Naughton, J. (2000). *A brief history of the future: the origins of the internet*. London: Phoenix.
- Ormondroyd, J, Engle, M & Cosgrave, T. *How to Critically Analyze Information Sources*. [WWW document]. URL <http://www.library.cornell.edu/okuref/research/skill26.htm>
- Proyecto Webs Médicas de Calidad. *Evaluación de Webs de contenido sanitario relativo a la salud humana, desarrolladas en lengua española*. [17 de septiembre de 2002] disponible en <http://www.pwmc.org>
- Salvador, JA, Angós, JM y Fernández, MJ. (1999). *Criterios para evaluar la calidad de las fuentes de información en Internet*. Scire, 5 (2), 99-113.
- Sanroma, M. (2000). Vinton Cerf: *Es evidente que internet goza de buena salud*. Quark, 18, 74-77.
- Silberg, WM., Lundberg, GD. & Musacchio, RA. (1997). *Assessing, controlling, and assuring the quality of medical information on the Internet: caveat lector et viewer? let the reader and viewer beware*. JAMA, 277, 1244-5.
- Smith, A. *Criteria for Evaluation of Internet Information Resources*. [WWW document]. URL <http://www.vuw.ac.nz/~agsmith/evaln/index.htm>
- Tweddle, S., Avis, P., Wright, J. & Waller T. (1998). *Towards criteria for evaluating Web sites*. British Journal of Educational Technology, 29(3), 267-270.
- Ury, C. & Mardis, L. *Evaluating Websites: Part of the Research Process*. [WWW document]. URL <http://www.nwmissouri.edu/library/courses/evaluation/edeval.htm>
- Wilkinson, GL., Bennett, LT. & Oliver, KM. (1997). *Evaluation criteria and indicators of quality for Internet resources*. Educational Technology, 37 (3), 52-59.
- Winker, M., Flanagan, A, Chi-Lurn, B., White, J., Andrews, K, Kennett, R., DeAngelis, CD., Musacchio, RA. (2000). *Guidelines for Medical and Health Information Sites on the Internet*. JAMA, 283, 1600-6.

TABLA 1

MODELO DE VALORACIÓN DE WEBS SOBRE DROGODEPENDENCIAS										
A. ESTRUCTURA										
A.1. ORGANIZACIÓN										
La estructuración de la página, ¿ha resultado sencilla, clara y lógica?	1	2	3	4	5					
A.2. DISEÑO										
¿Tiene atractivo estético?	1	2	3	4	5					
¿Existe disposición armónica de los elementos?	1	2	3	4	5					
El diseño de colores, ¿mantiene un estilo coherente?	1	2	3	4	5					
¿Son representativos los botones y menús?	1	2	3	4	5					
¿Le ha parecido atractiva la configuración visual final?	1	2	3	4	5					
¿Consideraría la página creativa, novedosa y diferente?	1	2	3	4	5					
Los colores utilizados, ¿son representativos?	1	2	3	4	5					
¿Existe una buena armonía entre los colores y la temática?	1	2	3	4	5					
¿Se ha utilizado una terminología sencilla para el usuario?	1	2	3	4	5					
¿Aparece reflejada la resolución de pantalla recomendada para la visualización?	Sí					No				
Si algunas secciones están en construcción, ¿se indica la fecha prevista de finalización?	Sí					No				
A.3. TEXTO Y ELEMENTOS GRÁFICOS										
¿Existe una buena distribución entre el texto y las imágenes?	1	2	3	4	5					
¿Se puede leer el texto con facilidad?	1	2	3	4	5					
¿Considera que se ha utilizado una tipografía correcta?	1	2	3	4	5					
El fondo utilizado, ¿ha sido adecuado para la lectura del texto?	1	2	3	4	5					
¿Es buena la calidad del contenido gráfico en relación al tiempo de descarga?	1	2	3	4	5					
Los gráficos y tablas, ¿son de fácil interpretación?	1	2	3	4	5					
Los datos que aparecen en los gráficos, ¿son legibles y sencillas de comprender?	1	2	3	4	5					
¿Considera necesarios los elementos multimedia incluidos?	1	2	3	4	5					
A.4. SISTEMA Y AYUDAS DE NAVEGACIÓN										
¿Le ha resultado fácil el modelo de navegación?	1	2	3	4	5					

¿Se ha podido desplazar de forma adecuada por la página y acceder a las distintas secciones?	1	2	3	4	5
¿Incorpora un mapa web u organigrama del contenido?	Sí			No	
¿Incluye una guía de manejo?	Sí			No	
¿Existe alguna opción de ayuda?	Sí			No	
¿Se puede utilizar un servicio electrónico de información on-line?	Sí			No	
¿Incorpora un documento complementario explicativo?	Sí			No	
¿Dispone de una sección de preguntas frecuentes?	Sí			No	
¿Existe un motor de búsqueda?	Sí			No	
Si existe motor de búsqueda, ¿se acompaña de instrucciones de uso?	Sí			No	
¿Incluye la opción de búsqueda avanzada?	Sí			No	
¿Incorpora un tesoro o lenguaje controlado para las búsquedas?	Sí			No	
¿Existe un listado orientativo de temas para la búsqueda?	Sí			No	
¿Incorpora un botón de regreso a la página inicial?	Sí			No	
A.5. VELOCIDAD					
¿Ha sido corto el tiempo de espera?	1	2	3	4	5
La identificación del recurso, ¿ha sido rápida?	1	2	3	4	5
¿Se ha descargado la página de forma adecuada?	1	2	3	4	5
¿Es posible moverse con rapidez por la web?	1	2	3	4	5
¿Se han producido errores en la conexión, fallos en el servidor o descarga incompleta?	1	2	3	4	5
A.6. TIPO DE RECURSO					
¿Existe una indicación expresa del tipo de recurso?	1	2	3	4	5
¿Le ha resultado sencillo advertir cuál es el tipo de recurso?	1	2	3	4	5
A.7. MENCIÓN DE AUTORÍA					
¿Aparece reflejada de forma clara la propiedad del recurso?	1	2	3	4	5
¿Existe una indicación clara y explícita de la autoría de la página?	1	2	3	4	5
Los contenidos, ¿tienen reflejado el autor o autores?	Sí			No	
¿Aparecen recogidos los derechos de autor?	Sí			No	
¿Existe alguna manera de contactar con el autor?	Sí			No	
A.8.					
¿Aparece bien definida la declaración de intenciones del site?	1	2	3	4	5
¿Existe una descripción clara de los objetivos?	1	2	3	4	5

Los contenidos, ¿están orientados a distintos usuarios?	1	2	3	4	5
¿Aparece indicado el motivo de creación de la página?	1	2	3	4	5
¿Menciona la pertenencia a una ideológica o partido político?	1	2	3	4	5
A.9. PUBLICIDAD Y PATROCINIO					
¿Puede advertirse una clara distinción entre información y publicidad?	1	2	3	4	5
¿Incluye "banners"?	Sí			No	
¿Aparece el apartado de publicidad en el epígrafe de filosofía del site?	Sí			No	
A.10. UTILIDADES PARA LA VISUALIZACIÓN					
¿Existe una indicación del explorador para su visualización?	Sí			No	
Si requiere la instalación de programas adicionales, ¿solicita autorización?	Sí			No	
A.11. LIMITACIONES SEGÚN USUARIOS Y PAGO					
¿Existe un acceso restringido a las distintas secciones?	Sí			No	
Si se requiere registro, ¿es de fácil realización?	Sí			No	
¿Incorpora protección de contraseñas?	Sí			No	
¿Es de fácil localización la privacidad de la información?	Sí			No	
A.12. PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE INFORMACIÓN PERSONAL					
¿Existe una indicación de privacidad?	Sí			No	
¿Mantiene la confidencialidad?	Sí			No	
A.13. TRANSACCIÓN DE INFORMACIÓN					
¿Existe una indicación de privacidad?	Sí			No	
¿Mantiene la confidencialidad?	Sí			No	
A.13. TRANSACCIÓN DE INFORMACIÓN					
¿Se activan elementos de seguridad?	Sí			No	
A.14. META INFORMACIÓN					
¿Existe metainformación?	Sí			No	
A.15. SERVICIOS DE VALOR AÑADIDO					
¿Incluye listas de distribución?	Sí			No	
¿Incorpora foros de debate?	Sí			No	
¿Hay sistemas de chat?	Sí			No	
¿Existe moderación en los servicios de comunicación?	Sí			No	
¿Incorpora sistemas de comunicación entre el usuario y la web?	Sí			No	

¿Se puede contactar con el webmaster del recurso?	Sí		No		
¿Utiliza un formulario?	Sí		No		
¿Incluye la consulta de bases de datos on-line?	Sí		No		
¿Existen servicios de difusión de información?	Sí		No		
¿Incorpora boletines informativos?	Sí		No		
A.16. ENLACES					
Los enlaces internos, ¿son operativos y funcionales?	Sí		No		
Si existen enlaces externos, ¿son operativos y funcionales?	Sí		No		
¿Algún enlace externo le ha impedido el regreso?	Sí		No		
¿Se ha producido la apertura de alguna página que no deseaba visitar?	Sí		No		
¿Enlaza de forma directa con el recurso?	Sí		No		
¿Se mantiene la dirección de la página al visualizar el recurso enlazado?	Sí		No		
¿Existe una evaluación y selección de los enlaces atendiendo a criterios?	Sí		No		
¿Se incorpora una descripción previa de los enlaces?	Sí		No		
B. CONTENIDO					
B.1. TEMÁTICA					
¿Es identificativo el título o encabezamiento del recurso?	1	2	3	4	5
B.2. RELEVANCIA Y PERTINENCIA					
¿Se encuentran cubiertas las necesidades informativas?	1	2	3	4	5
¿Existe correspondencia ante lo esperado?	1	2	3	4	5
B.3. COBERTURA DE LA INFORMACIÓN					
¿Presenta la información una amplitud adecuada?	1	2	3	4	5
¿Existe un buen grado de cobertura informativa?	1	2	3	4	5
La información, ¿se muestra de forma completa?	1	2	3	4	5
B.4. INTERÉS					
¿Resulta interesante el tema del recurso?	1	2	3	4	5
¿Se realiza un enfoque adecuado?					
B.5. GRADO DE ORIGINALIDAD					
¿Resulta interesante el tema del recurso?	1	2	3	4	5
¿Se realiza un enfoque adecuado?	1	2	3	4	5
B.6. EXACTITUD Y FIABILIDAD DE LA INFORMACIÓN					
¿Especifica al responsable de la página y al autor de la información?	Sí		No		

¿Puede consultarse el currículo del autor?	Sí		No	
¿Se puede determinar el punto de vista del autor de la información?	Sí		No	
¿Dispone de un comité de expertos que avalen la información?	Sí		No	
¿Se ha sometido la información a algún método de examen?	Sí		No	
¿Especifica las fuentes de información utilizadas?	Sí		No	
¿Remite a la fuente primaria de información?	Sí		No	
¿Ha existido una evaluación previa?	Sí		No	
B.7. FECHAS DE LOS CONTENIDOS				
¿Aparecen las fechas de creación, inclusión, revisión y actualización?	Sí		No	
Las fechas, ¿están establecidas siguiendo una notación internacional?				
B.8. LENGUAJE E IDIOMA				
¿Es adecuado el estilo del lenguaje?	Sí		No	
El idioma elegido, ¿es usual?	Sí		No	
¿Se presenta en varios idiomas?	Sí		No	
B.9. REDACCIÓN				
¿Se ha utilizado una adecuada construcción de las frases?	Sí		No	
¿Existen faltas ortográficas?	Sí		No	
¿Se han encontrado errores sintácticos?, ¿y gramaticales?	Sí		No	

TABLA 2

Unidad Didáctica I: Introducción al estudio de las drogodependencias	
TEMA 1: Concepto y clasificación de las sustancias de abuso	- Distintas clasificaciones de las drogas
TEMA 2: Historia de las drogas y Geopolítica de las drogas	- Aspectos históricos de las drogas
	- Aspectos geopolíticos de las drogas
Unidad didáctica II: Aspectos farmacológicos y clínicos de las Drogodependencias	
TEMA 3. Alcohol	- Etanol, bebidas destiladas y espirituosas
TEMA 4. Tabaco	- Nicotina y formas de presentación
TEMA 5. Opiáceos	- Heroína
TEMA 6. Otros depresores del SNC	- Benzodicepinas
TEMA 7. Cocaína.	- Clorhidrato de cocaína, crack y sulfato
TEMA 8. Otros estimulantes del SNC	- Xantinas
	- Anfetaminas
	- Drogas de síntesis estimulantes
TEMA 9. Derivados cannábicos	- Cannabis
TEMA 10. Alucinógenos e Inhalantes	- LSD, peyote, hongos alucinógenos
	- Inhalantes
Unidad didáctica III: Aspectos psicológicos de las Drogodependencias	
TEMA 11. Teorías explicativas de las drogodependencias	- Modelo transteórico de cambio
TEMA 12. Intervención biopsicosocial	- Entrevista motivacional
Unidad didáctica IV: Aspectos sociales y legales de las Drogodependencias	
TEMA 13: Aspectos sociológicos	- Sociología de las drogodependencias
TEMA 14: Aspectos legales	- Regulación legal del uso de drogas
Unidad didáctica V: Prevención de las drogodependencias	
TEMA 15: Teorías y modelos de prevención	- Modelos teóricos de prevención
TEMA 16: Estrategias de prevención	- Programas de reducción del daño

GRÁFICO 1
Sencillez en la estructura y acceso intuitivo.

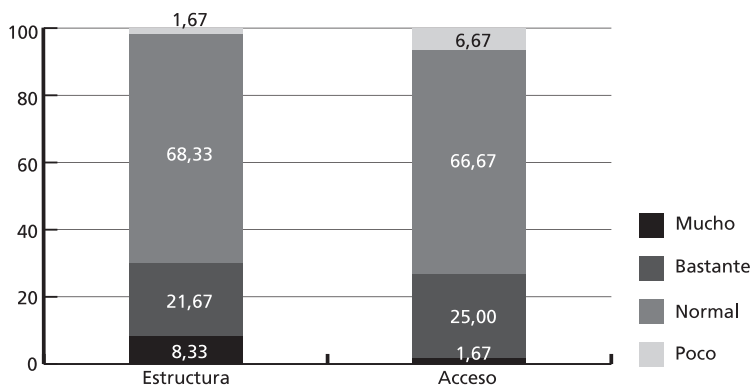


GRÁFICO 2
Atractivo estético.

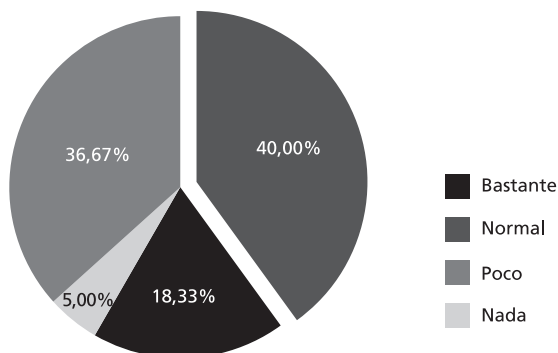


GRÁFICO 3
Correlación texto/imágenes.

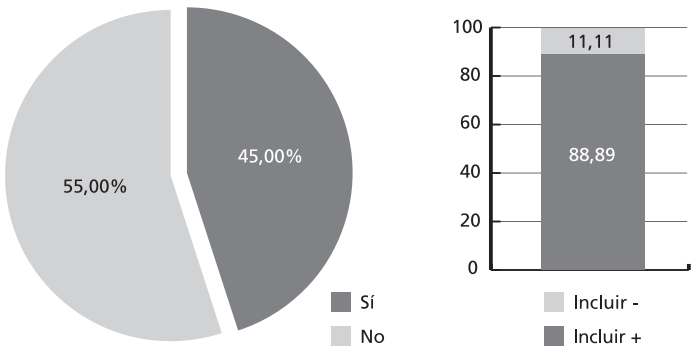


GRÁFICO 4
Sistemas y ayudas de navegación.

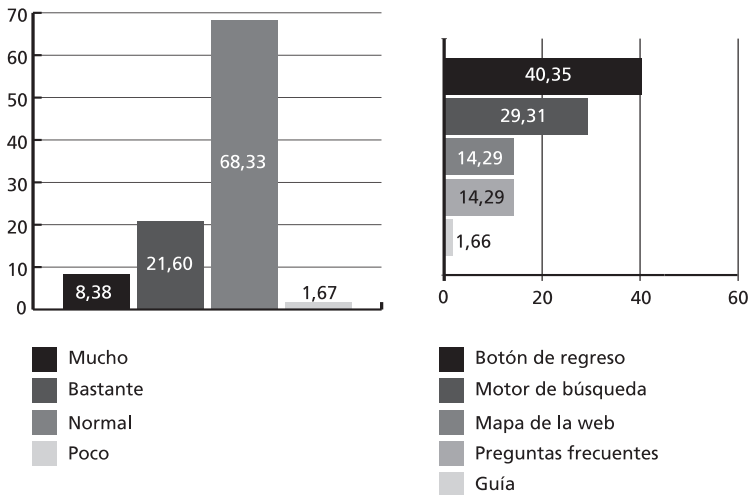


GRÁFICO 5
Velocidad.

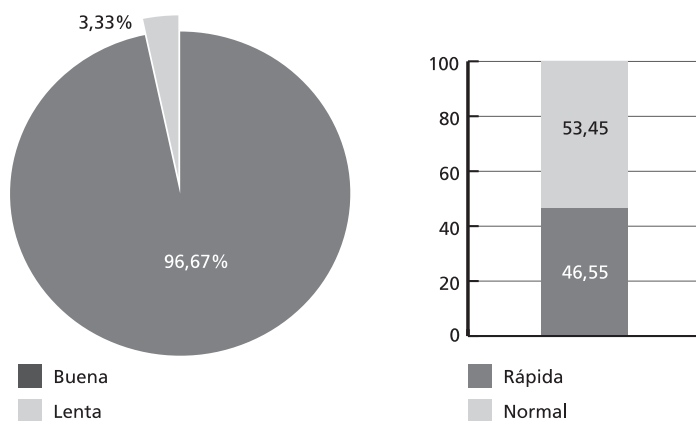


GRÁFICO 6
Tipo de recurso.

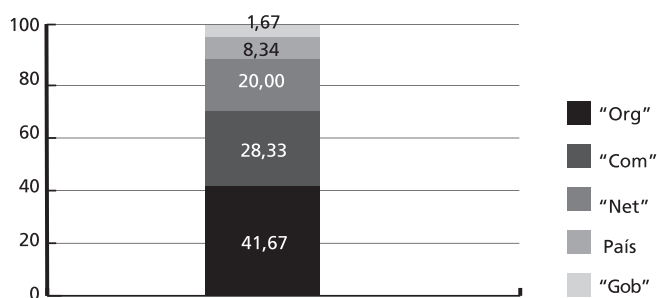


GRÁFICO 7
Autoría.

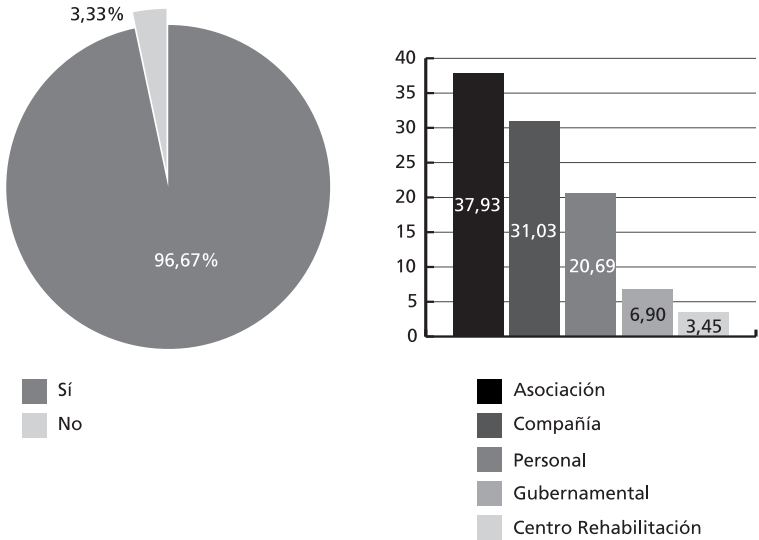


GRÁFICO 8
Servicios de valor añadido.

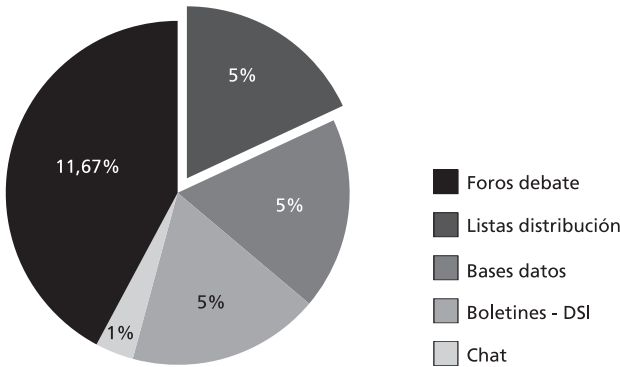


GRÁFICO 9
Título, relevancia y pertinencia y cobertura de la información.

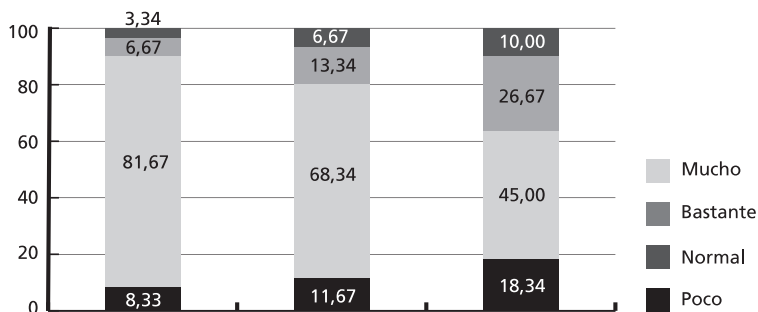


GRÁFICO 10
Interés y grado de originalidad.

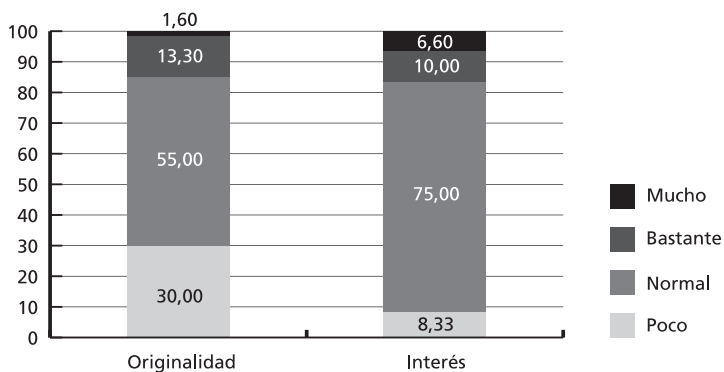
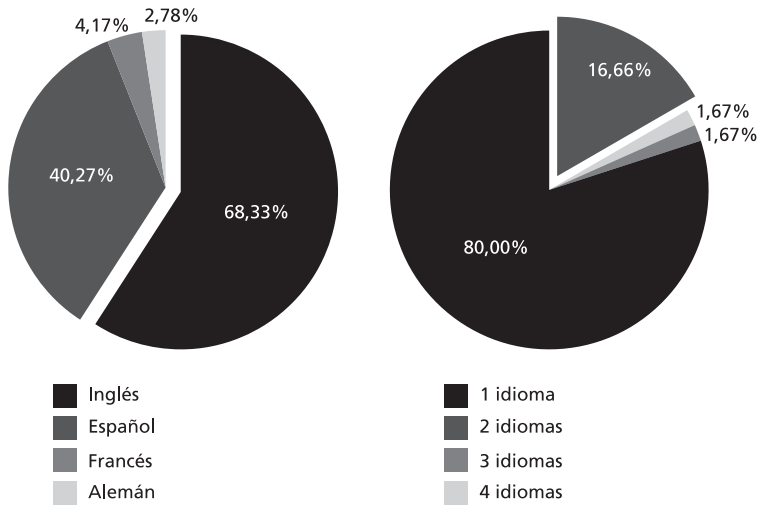


GRÁFICO 11
Idioma.



EL CONSUMO DE TABACO EN JÓVENES COSTARRICENSES ESCOLARIZADOS

*Comparación de los resultados obtenidos
con la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo
en Jóvenes (GYTS) en 1999 y el 2002*

Julio Bejarano

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, Costa Rica.

RESUMEN

En este artículo se presentan los resultados sobre consumo de tabaco y aspectos relacionados en una muestra de jóvenes escolarizados de colegios de Costa Rica con edades entre 11 y 17 ($x=14$ años).

El estudio es parte del proyecto multinacional denominado Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes (GYTS) el cual es patrocinado por los Centros para el Control de Enfermedades y Prevención de Atlanta (CDC) la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia como contraparte costarricense.

La metodología utilizada en la ronda del 2002 es la misma efectuada en 1999, lo que permitió comparar entre un período y otro. La recolección de los datos se efectuó mediante un instrumento estandarizado que permite obtener información sobre prevalencia, acceso/disponibilidad y precio, fumado pasivo, cesación del fumado, medios de comunicación, publicidad y currículum escolar. Se utilizó un diseño muestral por conglomerados en dos etapas. En la primera de éstas se seleccionaron los colegios, con probabilidad proporcional al tamaño de la matrícula. En la segunda, las aulas se escogieron aleatoriamente y todos los alumnos fueron elegibles para participar en el estudio.

Los datos de prevalencia revelan niveles altos de consumo de tabaco entre los y las jóvenes, pese a que no se hallaron variaciones significativas entre una ronda y otra. Tampoco se encontraron diferencias por sexo, lo cual es un elemento de importancia epidemiológica y preventiva. La exposición al fumado pasivo también es importante, lo mismo que a la publicidad y a las técnicas de mercadeo de los cigarrillos.

Aunque se pudo detectar la presencia de actividades de prevención dirigidas a los jóvenes, se cuestiona la efectividad o impacto de las mismas frente al influjo de las actividades promocionales del tabaquismo.

ABSTRACT

This article presents outcomes from the Global Youth Tobacco Survey (GYTS) in a nation-wide sample of costarican students aged 11 to 17 years old (mean 14 years old). The GYTS uses a self-administered questionnaire, with a standard methodology and this papers compares the results obtained in 1999 and 2002.

The Global Youth Tobacco Survey (GYTS) is a world-wide collaborative research that includes governmental and non-governmental organizations in a surveillance initiative under the leadership of the World Health Organization (WHO), the Panamerican Health Organization (PAHO) and the U.S. Centres for Disease Control and Prevention (CDC) and the Costarican Institute of Alcoholism and Drug Dependence (I.A.F.A) as a local counterpart.

The GYTS was designed to enhance the capacity of countries to design, implement, and evaluate tobacco control and prevention programs.

Ever tobacco use is high (46.4%) as well as current use (20%) and there is no significant differences among boys and girls. More than 25% of students smoking their first cigarette before the age of 12 and less students in 2002 compared with 1999 want to stop smoking. Exposure to advertising is very high (81,7% of students had seen pro-tobacco ads), and ETS exposure is high, as well.

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es hoy en día una de las principales causas de enfermedad y mortalidad cuyas consecuencias y costos para la sociedad como un

todo resultan excesivamente elevados. Información reciente (Global Youth Tobacco Survey Collaborating Group, 2003) adjudica al tabaco la muerte de unas 5 millones de personas en el mundo, cifra que se duplicaría en el año 2030.

En Costa Rica diferentes investigaciones han puesto de relieve la magnitud del problema del tabaquismo, mismo que en los últimos diez años ha afectó a cerca de un 20% de la población, según se desprende de investigaciones efectuadas en la población general (Bejarano y Ugalde, 2003). Los estudios llevados a cabo en población escolar revelan que el problema tiene implicaciones sumamente críticas toda vez que la edad de inicio en estos grupos muestra una tendencia decreciente, lo cual sugiere la instauración de problemas asociados con consumo de tabaco en un plazo más reducido. Así, en 1993 (Bejarano, Amador y Vargas, 1994) una encuesta nacional en jóvenes de los dos últimos años de enseñanza secundaria (edad promedio 16 años) reveló una prevalencia de vida de 32%. En 1999, otra encuesta nacional de estudiantes de séptimo año (edad promedio: 13 años) mostró una prevalencia de 25%, mientras que en el año 2000 y 2002 la prevalencia en jóvenes de 10 a 12 años se acerca a 15% (Fonseca, S., et. al., 2003). Entre los hallazgos más importantes en estos estudios destaca la ausencia de diferencias según el sexo, circunstancia semejante a los hallazgos en el nivel mundial (Global Youth Tobacco Survey Collaborating Group, 2003).

El proyecto GYTS (*Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes*) constituye un proceso de investigación multinacional en el que participan 112 países alrededor del mundo desde 1999. Es patrocinado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el CDC (Centros para el Control de Enfermedades y Prevención). En Costa Rica se realizó la primera ronda de la encuesta en 1999. Tres años después la segunda, a la cual se refiere este informe, mismo que busca, también, comparar los hallazgos correspondientes a ambos períodos.

La GYTS utiliza una metodología estandarizada, tanto para la construcción del marco muestral como para la selección de los colegios y las clases. Así mismo, el instrumento de evaluación y los procedimientos de aplicación también son uniformes

La encuesta aporta datos sobre la prevalencia de consumo, sea de cigarrillos u otras formas de tabaco, conocimiento y actitudes acerca del fumado e información sobre acceso, disponibilidad y precio del tabaco. Explora, además, el tema de la cesación, la exposición de los y las jóvenes a ambientes donde se fuma, la influencia de la publicidad y los

medios, y permite conocer las características de currículo escolar en cuanto a contenidos (preventivos) sobre tabaquismo.

Este trabajo compara los resultados obtenidos en 1999, mismos que fueron publicados localmente (Bejarano, 2001), con los del año 2002. El objetivo detrás de los mismos es que cada país participante tenga posibilidad de evaluar la situación del consumo de tabaco en la población joven escolarizada y constituirse tanto en un insumo para la estrategia global de control de tabaquismo, como para desarrollo de programas preventivos en niveles específicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

MUESTRA

El marco muestral estuvo compuesto por todos los colegios públicos y privados con niveles de enseñanza de 7° a 9° años. Con el fin de asegurar la representatividad de la muestra, se utilizó un diseño por conglomerados en dos etapas. En la primera etapa se seleccionaron los centros de enseñanza con probabilidad proporcional al tamaño de la matrícula. En la segunda etapa se seleccionaron las clases de manera sistemática, con selección aleatoria en el inicio. Todos los niveles de 7° a 9° en los colegios seleccionados fueron incluidos en el marco muestral y todos los estudiantes en las clases seleccionadas fueron elegibles para participar en la encuesta.

De 50 colegios seleccionados para la ronda del 2002, participaron 46 (92%) y de 3.979 estudiantes, 3.214 (80.77%) aportaron cuestionarios válidos. Esto da una tasa global de respuesta de 74.31% (92×80.77).

PONDERACIÓN

A cada cuestionario se le asoció un peso, a manera de reflejar la probabilidad que cada estudiante hubiese sido muestreado y para reducir el sesgo introduciendo una medida de compensación por los patrones de no respuesta.

La ponderación empleada para hacer estimaciones está dada por:

$$W = W1 * W2 * f1 * f2 * f3 * f4$$

donde

W1 = es el inverso de la probabilidad de seleccionar una escuela.

W2 = es el inverso de la probabilidad de seleccionar una clase dentro del colegio

f1 = es un factor de ajuste por no respuesta por colegio calculado a partir del tamaño del centro (pequeño, mediano, grande).

f2= es un factor de ajuste de las clases calculado por colegio.

f3 = es un factor de ajuste por no respuesta del estudiante calculado por clase

f4 = es un ajuste de post-estratificación calculado por sexo y nivel educativo.

Los resultados ponderados se utilizan para establecer inferencias relevantes en relación con los riesgos asociados al tabaquismo en estudiantes costarricenses de 7° a 9° de la educación básica.

INSTRUMENTO

Al igual que en 1999, la información se recolectó mediante la utilización de un cuestionario de 57 ítemes de selección única, los cuales permiten explorar la prevalencia de consumo, la cesación del fumado, la exposición a la publicidad, el fumado pasivo, la disponibilidad y los conocimientos y las actitudes hacia el fumado. A la vez, el cuestionario dispone de 14 preguntas opcionales para llenar necesidades adicionales de información.

Para la recolección de los datos se contó con personal del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia de Costa Rica (I.A.F.A.), el cual realizó el trabajo de campo en el mes de noviembre del 2002.

La protección de los estudiantes se aseguró mediante dos circunstancias básicas: la posibilidad que su participación en el estudio fuese voluntaria y la garantía de anonimato. Las respuestas de los alumnos se vieron directamente en una hoja de respuestas separada para, posteriormente, realizar su captura mediante lector óptico.

RESULTADOS

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Según se presenta en la tabla 1, la muestra del año 2002 fue de menor tamaño que la utilizada en 1999; sin embargo, las proporciones de hombres y mujeres en uno y otro período fueron estadísticamente semejantes.

Al mismo tiempo, las proporciones de individuos con edades entre 13 y 15 años fueron semejantes en ambos períodos (83.39% en 1999 y 84.64% en el 2002), lo mismo que las proporciones de estudiantes en los diferentes niveles educativos. La edad promedio fue 14.1 años.

TABLA 1
Características sociodemográficas de los estudiantes participantes en el estudio.

Costa Rica, 1999 - 2002

VARIABLE	1999		2002	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE PONDERADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE PONDERADO
SEXO				
Masculino	2472	48.07	1604	50.88
Femenino	2126	51.93	1545	49.12
EDAD				
11 años	15	0.38	34	1.01
12 años	158	3.82	83	2.57
13 años	1198	28.84	978	29.73
14 años	1412	29.16	956	29.48
15 años	1229	25.39	764	25.43
16 años	423	8.95	246	8.23
17 años	160	3.47	105	3.55
NIVEL				
7º año	1898	47.28	1521	47.18
8º año	1567	29.00	963	28.77
9º año	1138	23.19	694	24.05

PREVALENCIA Y SUSCEPTIBILIDAD

Según se muestra en la tabla 2, el consumo de cigarrillos alguna vez en la vida corresponde a un porcentaje considerable, tanto de hombres como de mujeres, lo mismo que el consumo activo; no obstante, la variación entre un período y otro no es estadísticamente significativa. Ambos valores superan los encontrados en la población general (Bejarano y Ugalde, 2003), sea en el conglomerado en su totalidad o en el correspondiente a la franja menor de 17 años. No se aprecian diferencias por sexo.

TABLA 2
Prevalencia de consumo de tabaco y susceptibilidad de los no fumadores, por sexo.
Costa Rica, 1999 – 2002

Variable	1999			2002		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Fumado alguna vez	46.4 (±3)	44.1 (±3.3)	48.6 (±3.5)	43.5 (±3)	44.7 (±3.6)	41.9 (±3.2)
Fumado activo*	19.6 (±2.5)	19.1 (±2.9)	20 (±2.8)	17.2 (±2.1)	16.6 (±2.9)	17.4 (±2.4)
Consumo activo de otras formas de tabaco	6.8 (±0.8)	5.1 (±1)	8.3 (±1)	6.1 (±0.8)	7 (±1.3)	4.9 (±1.1)
Consumo activo de cualquier forma de tabaco	22.6 (±2.3)	21.5 (±2.8)	23.6 (±2.5)	19.7 (±2.1)	19.5 (±2.8)	19.3 (±2.3)
Susceptibilidad de los no fumadores	18.8 (±2.1)	19.8 (±2.8)	17.7 (±2.3)	18.7 (±1.7)	16.2 (±2.9)	21.2 (±3.1)

* Fumado activo: se refiere a haber fumado en los 30 días previos a la aplicación de la encuesta.

El consumo activo de otros productos relacionados, pero diferentes de los cigarrillos, muestra una reducción significativa en las mujeres (8.3% a 4.9%).

La tabla 2 también muestra un índice de susceptibilidad¹, sin diferencias significativas entre un período y otro, tanto para hombres como para mujeres, aunque la tendencia es la de una disminución en la proporción de hombres susceptibles frente a un aumento en la de las mujeres.

La dependencia hacia el tabaco² se presentó en 7.6% de los fumadores en 1999, en tanto que en el 2002 se redujo, aunque no significativamente, a 6.6%. Este porcentaje es superior al encontrado en la Encuesta Basal Carmen en una área demostrativa de Costa Rica (Ugalde y López, 2003) mismo que alcanzó un 5%. No se hallaron diferencias según el sexo, como tampoco entre los sujetos que fuman dentro de su casa. La proporción de hombres que compran cigarrillos en tiendas, aumentó significativamente (30.6% a 48.7%), como también aumentó significativamente la proporción de mujeres que fuman regularmente en su casa (5.8% a 8.9%).

1 El índice de susceptibilidad constituye una variable que se construye mediante la conjunción de dos preguntas: Si alguno de tus mejores amigos te ofrece un cigarrillo, ¿lo fumarías? y ¿Crees que fumarás durante los próximos 12 meses?

2 Para determinar la existencia de dependencia se utilizó el criterio de fumar inmediatamente después de levantarse en la mañana.

EXPOSICIÓN AL HUMO DE LOS FUMADORES

Según se observa en la tabla 4, la exposición al humo dentro del hogar, entre los y las jóvenes que fuman es muy elevada: fue referida por aproximadamente la mitad de los individuos, tanto en 1999 como en el 2002. De igual manera, tanto para hombres como para mujeres la exposición al humo de tabaco en otros lugares fuera del hogar es inusualmente alta, al afectar a más de 7 de cada 10 individuos. Tampoco se encontraron diferencias significativas entre 1999 y el 2002.

TABLA 4
Distribución de los fumadores activos según exposición al humo de tabaco ambiental, según sexo, por año
Costa Rica, 1999 – 2002

Variable	1999			2002		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Exposición en el hogar	49.9 (±3.4)	48.1 (±5.2)	51.3 (±5)	51 (±3.2)	49.1 (±5.8)	52.5 (±7.7)
Exposición en otros lugares	81.9 (±3.7)	81.6 (±4.9)	82 (±4.3)	78.6 (±3.6)	77 (±5.1)	79.9 (±5.2)
Al menos uno de los padres fuma	40.7 (±4.8)	39.3 (±6.1)	41.7 (±5.4)	43.9 (±4.1)	41.6 (±6.2)	46.7 (±6.5)
Mayoría de los amigos fuman	17.2 (±1.8)	10.8 (±1.7)	11.7 (±2.3)	9.1 (±1.9)	9.3 (±2.2)	8.9 (±2.4)
Apoya la prohibición de fumar en lugares públicos	54.6 (±4.1)	57.7 (±5.2)	51.4 (±5.4)	51.6 (±5.1)	54.6 (±6.3)	48.5 (±6.1)

Es considerablemente mayor el porcentaje de individuos que refieren tener al menos un padre fumador que aquellos que manifiestan tener amigos fumadores. Estos valores, así como aquellos relativos a la proporción de estudiantes que apoyan la prohibición de fumar en lugares públicos no experimentaron variación en el período 1999 -2002 (véase tabla 4).

Al confrontar estos datos con los niveles de prevalencia de consumo, pareciera que la ligera disminución en el fumado obedece más a una decisión personal que una opción en la que el entorno básico, como la familia, los amigos y otros, resulta determinante.

CURRÍCULO ESCOLAR

Acerca de los peligros del tabaquismo (tabla 5), una proporción significativamente mayor de hombres y mujeres en el 2002, reportó haber estado expuesta a los mismos durante el año escolar. Esta situación es comprensible en virtud del desarrollo de programas preventivos en todo el país donde tales temas forman parte de la actividad docente normal.

TABLA 5
Temas sobre tabaquismo tratados en el colegio, por sexo, según año
Costa Rica, 1999 - 2002

Variable	1999			2002		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Los peligros del tabaco	39.1(±3.6)	40 (±4.1)	38.4 (±4)	46.5 (±4.6)	47.6 (±4)	45.2 (±5.6)
Las razones por las que los jóvenes fuman	32.5(±2.8)	34.7 (±3.2)	30.1 (±3.2)	35.8 (±3.7)	34.1 (±4)	37.6 (±4.4)
Consecuencias del tabaquismo	37.8(±2.8)	35.6 (±3.3)	37.1 (±3.1)	43.4 (±4.4)	44.5(±4.1)	42.9 (±5.4)

En el tema de las consecuencias del tabaquismo (mal olor, arrugas, dientes amarillos) no se observan diferencias significativas entre un período y otro. No obstante, la tendencia hacia el aumento que es posible observar en uno y otro sexo, podría relacionada con la importancia asignada por los jóvenes a los aspectos de la estética personal, misma que pudo ser enfatizada, además, por los docentes en el momento de trabajar este tipo de contenidos informativos.

CESACIÓN

La tabla 6 muestra tres variables relacionadas con la cesación del consumo de tabaco: deseos de cesar, intentos francos y recepción de ayuda. Según se puede observar en ella, en el 2002 disminuyó significativamente la proporción de hombres y mujeres que desearon dejar de fumar (62.9% a 56.2% y 60.7% a 48.9%, respectivamente). Al considerar la situación según el nivel educativo, se observa una disminución significativa en el deseo de dejar de fumar por parte de los y las jóvenes de 9º año.

TABLA 6
**VARIABLES RELACIONADAS CON LA CESACIÓN DEL TABAQUISMO EN LOS FUMADORES
 ACTIVOS**
Costa Rica, 1999 - 2002

Variable	1999			2002		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Deseó dejar de fumar	61.9 (±5)	62.9 (±5)	60.7 (±6.9)	52.2 (±7.3)	56.2 (±10)	48.9 (±9.1)
Intentó cesar en el año anterior	65.8 (±4.8)	65.6 (±5.8)	66.4 (±6)	59.4 (±6.4)	57.3 (±8.2)	60.4 (±7.2)
Recibió ayuda para cesar	26.3 (±3.8)	27.5 (±4.5)	25.2 (±5.7)	25 (±5.2)	20.1 (±6.8)	26.2 (±5.1)

También se redujo significativamente la proporción de hombres (65.6% a 57.3%) que mencionaron haber hecho intentos por cesar en el año anterior.

Pese a su importancia relativa, la disminución en las intenciones por cesar, así como en haberlo intentado el año anterior, podría estar evidenciando alguna debilidad en las acciones de prevención y la importancia de un enfoque de prevención diferencial para hombres y mujeres, para el caso de los intentos propiamente dichos, así como la clara vinculación de este hecho con la no disminución a la exposición al humo del tabaco y los hallazgos a nivel curricular.

En línea con lo anterior, también disminuyó significativamente la proporción de individuos varones que recibió ayuda para cesar de fumar (27.5% a 20.1%).

En general, la información indica que menos estudiantes desean dejar de fumar, menos lo intentan y también menos reciben ayuda en tal sentido, lo cual tiende a corroborar la idea, expresada previamente, de que la cesación estarían interviniendo mayormente consideraciones de orden individual que aspectos de conducta colectiva en los jóvenes o un impacto detectable por parte de la familia.

PUBLICIDAD Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

La exposición de los y las jóvenes, tanto a los mensajes contra el tabaco, como a aquellos a favor, en los medios, es elevada. Según se aprecia en la tabla 7, la proporción de hombres y mujeres expuestos a mensajes anti-tabaco aumentó significativamente de 1999 a 2002 (74.5% a 87.2%) y disminuyó, también significativamente, la exposición de unos y otros a

mensajes a favor de los cigarrillos en revistas y periódicos. No obstante esta reducción, la proporción de jóvenes expuestos a la publicidad promotora del consumo continua siendo muy elevada (81.7%).

TABLA 7
Exposición de los y las jóvenes a mensajes contra el fumado y a favor de los cigarrillos, en el último mes, por sexo, según año.
Costa Rica, 1999 - 2002

Variable	1999			2002		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Mensajes contra el tabaco en los medios	74.3 (±1.2)	74.3 (±1.7)	74.9 (±1.6)	87.2 (±1.4)	86.8 (±2.1)	87.6 (±1.4)
Mensajes a favor del tabaco en revistas y periódicos	85.5 (±1.5)	85.7 (±2.2)	85.4 (±1.7)	81.7 (±2.3)	82.6 (±2.1)	80.8 (±2.9)

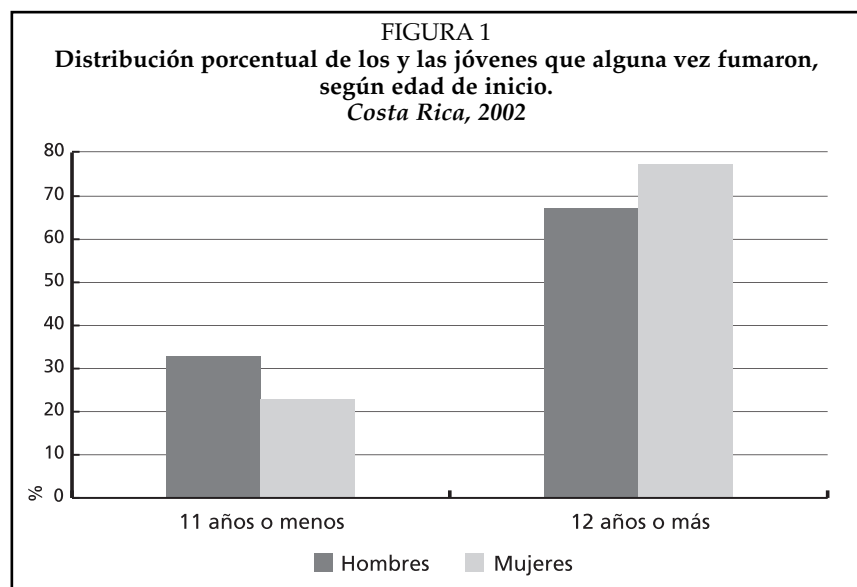
El aumento significativo en relación con la exposición a los mensajes contra el fumado también aplica a los diferentes niveles educativos, en tanto que el descenso en la exposición a los mensajes pro fumado en revistas y periódicos fue significativo en los y las jóvenes de 7° año.

La tenencia de objetos con identificación de empresas tabacaleras disminuyó significativamente en las mujeres (15.5% a 10.9%). Del mismo modo se redujo en ellas el porcentaje que indicó haber recibido gratuitamente muestras de cigarrillos por parte de un representante de compañías productoras de tabaco.

EDAD DE INICIO

La edad promedio de inicio en el consumo de tabaco en el 2002 fue de 12.12 años, la cual es idéntica a la hallada en 1999 y no se aprecian diferencias según sexo. Más de una cuarta parte de los y las jóvenes se inician a los 11 años o antes, lo cual constituye un elemento de especial preocupación (Figura 1). Diez años atrás, en una muestra nacional de estudiantes de 10° y 11° años (16 y 17 años de edad) se halló una edad promedio de inicio de 15.47 años (Bejarano, Amador y Vargas, 1994), en tanto que en el nivel nacional en el año 2001, la edad promedio de inicio fue de 13.4 años en el mismo grupo de edad correspondiente al estudio GYTS.

Una edad promedio igual en las rondas de 1999 y 2002, así como la tendencia nacional hacia una disminución en la edad de inicio, coinciden con los datos de este estudio que muestran una reducción en el interés por la cesación, y la alta exposición al humo del tabaco en diversos ambientes. Esto indica que los jóvenes se encuentran en entornos poco favorables para la cesación y para la no iniciación del fumado, a pesar que los datos también demuestran que han estado expuestos a programas de prevención, lo cual pone en evidencia que pese a los programas o acciones preventivas, el acto de fumar persiste como un comportamiento atractivo, lo cual evidencia la efectividad y poder de la publicidad.



DISCUSIÓN

Pese a que el consumo de tabaco en los y las jóvenes costarricenses no mostró variaciones significativas entre 1999 y el 2002 que sugieran un agravamiento de la situación, el mismo persiste muy elevado y se configura como un problema de salud pública de trascendencia si se considera que la mayor parte de los jóvenes que han experimentado

llegarán a ser dependientes de la nicotina en plazo relativamente corto.

La ausencia de diferencias por sexo en la mayor parte de los indicadores estudiados ha sido reportada en casi todos los países que participan del proyecto; situación que ha sido calificada como hallazgo inesperado (Global Youth Tobacco Survey Collaborating Group, 2003). Este es un elemento importante en Costa Rica, toda vez que también se ha encontrado en estudios sobre consumo de alcohol en poblaciones jóvenes (Bejarano, 2002).

La falta de diferencias entre la conducta de fumar de hombres y mujeres jóvenes, revela que el tabaquismo en estas últimas ha tenido un aumento muy importante en los últimos años, situación que revelan tanto los resultados de la GYTS alrededor del mundo (Warren, et.al, 2000, Roa, Luque y Palomino, 2003, Global Youth Tobacco Survey Collaborating Group, 2003) como otros estudios relacionados (Office of the Surgeon General, 2001). Esto lleva a considerar la posibilidad, planteada recientemente en el ámbito de los consumos de otras sustancias, de la instauración, diferenciada para uno y otro sexo, de programas de prevención e intervención que al mismo tiempo contemplen otras formas de consumo tabáquico, diferentes del fumado de cigarrillos. En este sentido corresponde efectuar una mayor exploración en torno a otras formas de consumo, las cuales han sido puestas de relieve en esta investigación y, según se conoce, pueden generar mayores problemas que los causados por los cigarrillos convencionales (Malson, et.al., 2002).

Los riesgos del tabaquismo para la salud guardan una estrecha relación con la edad de inicio de la conducta de fumar. Los datos tanto de 1999 como del 2002 revelan una iniciación cada vez más temprana en Costa Rica, lo cual bien podría servir de base para anticipar subsecuentes cambios en la prevalencia y, consecuentemente, en la morbilidad y la mortalidad futuras por enfermedades relacionadas con el tabaquismo. A esto se agrega la mayor probabilidad de consumo de otras drogas que tienen las personas fumadoras.

Pese a que la introducción de programas preventivos del consumo de tabaco en la educación secundaria haya favorecido que una proporción mayor de individuos en el 2002 refiriera estar expuesta a mayores conocimientos en relación con los peligros del tabaquismo, como lo demuestra este estudio, cabe destacar que no siempre este conocimiento garantiza la toma de decisiones juiciosas en torno al consumo (Banco Mundial y OPS 1999). En este sentido cabe sugerir el desarrollo de estudios que per-

mitan explorar cuáles disposiciones cognitivas, actitudinales o afectivas se deben desarrollar en los y las jóvenes para que la información opere según los objetivos que se persiguen.

En la búsqueda de una perspectiva integradora, el tema del tabaquismo en los y las jóvenes debería ser tratado con más profundidad como una conducta de riesgo, la cual, al ser comparada con otras propias de la experimentación juvenil, resulta ser la más peligrosa. En este sentido los datos del Banco Mundial y de la Organización Panamericana de la Salud (Banco Mundial y OPS, 1999). revelan que si se extrapola la información de los países industrializados a aquellos de ingreso medio y bajo se tiene que de cada mil varones de 15 años que viven en estos últimos, 125 morirán a edades maduras a causa del tabaquismo si continúan fumando regularmente, en tanto que otros 125 morirán por la misma causas a edades avanzadas. En comparación, diez morirán a edades maduras debido a causas violentas y 30 lo harán a edades maduras por motivos relacionados con el alcohol (excluyendo los accidentes y las muertes violentas).

El papel de la publicidad o, en general, el de las estrategias tendientes a inducir el consumo (marketing), persiste como un tema de importancia en el medio nacional, toda vez que una amplia mayoría de los y las jóvenes refieren estar expuestos a ellas. Llama la atención la existencia de un grupo de tal magnitud (81.7%) frente al de jóvenes (muchos de ellos dentro del conglomerado antes citado) que refiere haber estado expuesto también a los mensajes anti-tabaco; de donde se podrían sugerir exploraciones tendientes a dilucidar su importancia o su pertinencia frente al cúmulo de mensajes promotores del consumo y, en el nivel político, considerar los datos sobre publicidad que contempla este estudio como un elemento más para orientar las posiciones nacionales en el ámbito del *Convenio Marco para el Control del Tabaquismo*.

REFERENCIAS

- Banco Mundial, OPS (1999). *La epidemia del tabaquismo*. Organización Panamericana de la Salud: Washington, EEUU.
- Bejarano, J y Ugalde, F. (2003). *Consumo de drogas en Costa Rica. Resultados de la encuesta nacional del 2000-2001*, San José, C.R.: I.A.F.A.
- Bejarano, J. (2001) El consumo de tabaco en la población joven costarricense. Hallazgos de la encuesta mundial sobre tabaquismo en jóvenes. *Revista Costarricense de Salud Pública*, Año 10, 18/19, (19-25).

- Bejarano, J. (2002). El inicio del consumo de alcohol en jóvenes costarricenses. Algunas características, implicaciones y perspectivas. Sistema de Estudios de Posgrado (Tesis) San José, Universidad de Costa Rica.
- Bejarano, J. y Ugalde, F. (2003) Consumo de drogas en Costa Rica. Resultados de la encuesta nacional del 2000-2001, San José, C.R.: I.A.F.A.
- Bejarano, J.; Amador, G.; Vargas, L. (1994). Consumo de drogas y percepciones de riesgo en el estudiante costarricense de 10° y 11° años. 1993, San José, C.R.: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.
- Fonseca, S., et. al. (2003). Evaluación del programa "Aprendo a valerme por mí mismo" (Inédito).
- Global Youth Tobacco Survey Collaborating Group (2003). Differences in worldwide tobacco use by gender: findings from the Global Youth Tobacco Survey. *Journal of School Health*. 73, 6, (207-216).
- Malson, J.L. et.al. (2002). Nicotine delivery from smoking bidis and an additive-free cigarette. *Nicotine and Tobacco Research*, 4, (4), (485-490).
- Office of the Surgeon General (2001). Women and smoking: A report of the surgeon general. Rockville, MD.: US Department of Human Services. Office of the Surgeon General.
- Roa, R., Luque H. y Palomino, O. (2003) Encuesta mundial de tabaco en jóvenes 2002, Ministerio de Salud: Panamá, Serie Comunicación Científica. Pub. N° 1.: Ugalde, F. y López, J. (2003) Encuesta de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles. Cartago 2000. Tabaco y alcohol. San José, C.R.: I.A.F.A Ministerio de Salud, OPS, INCIENSA, INCAP, CCSS
- Warren, W. et.al. (2000) Tobacco use by youth: a surveillance report from the Global Youth Tobacco Survey project. *Bulletin of the World Health Organization*, 78, (7), 868-876.

Correspondencia

Julio Bejarano

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, Costa Rica

Apartado 1415-2050

E-mail: juliobejarano@ostarricense.cr

*ARTICULOS
DE REVISIÓN*

EL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON METADONA, LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y LA SUPERVIVENCIA DE LOS ADICTOS A OPIOIDES

Javier Esteban¹, Carmen Gimeno², José Barril¹,
María de la Cruz Pellín¹

*¹División de Toxicología, Instituto de Bioingeniería, Universidad Miguel
Hernández, Elche*

²Unidad de Conductas Adictivas, Villajoyosa

RESUMEN

Los tratamientos de mantenimiento con metadona no solo se encargan de tratar farmacológicamente la adicción a opiáceos, sino que están basados en la reducción de daños, en parte importante, debido a la alta prevalencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. La adicción a opiáceos junto con la administración por vía endovenosa constituyen un riesgo de adquirir dicha enfermedad. De hecho en la provincia de Alicante en el periodo comprendido entre 1990 y 1997, los adictos que utilizaron la vía de administración parenteral presentaron un riesgo relativo de contraer la infección por el VIH igual a 4,0 respecto a los que utilizaron la vía no endovenosa. De forma que la causa de muerte por SIDA es una de las más frecuentes en adictos a opiáceos (27/1.000 persona – años en Barcelona en el periodo comprendido entre 1987 y 1990). Sin embargo, en general se puede decir que la mortalidad de los adictos a opioides viene determinada por tres factores: enfermedades infecciosas; muerte por sobredosis o reacciones agudas tras el consumo, incluyendo metadona y heroína; y muertes violentas, siendo una de las más frecuentes el suicidio mediante sobredosis. Sin embargo, se ha demostra-

do que los tratamientos de mantenimiento con metadona aumentan la supervivencia de los pacientes. El riesgo relativo de morir en pacientes que no tomaban metadona fue 3,2 (Provincia de Alicante, 1990 - 1997) respecto a los que si la tomaban. En Ámsterdam en el periodo comprendido entre 1985 y 1996, obtuvieron un riesgo relativo de 2,38 teniendo en cuenta las muertes por causa natural y 4,55 si esos sujetos consumieron heroína por vía parenteral. No obstante, este efecto protector de los tratamientos de mantenimiento con metadona se asocia a que están basados en la reducción de daños más que en el efecto farmacológico de la metadona.

ABSTRACT

The methadone maintenance treatments pharmacologically treat the addiction to opiate, but they are also based on the harm reduction, partly due to the high prevalence of the infection of the human immunodeficiency virus. The opiate addiction together with the parenteral route of administration constitute a risk to acquire this illness. In fact in the province of Alicante between June 1990 and December 1997, the addicts that used the parenteral route of administration presented a relative risk of acquiring the infection for the HIV equal to 4.0 when compared with those that used the non-parenteral route of administration. In fact, the AIDS-related death is one of the most frequent cause of death in opiate addicts (27/1,000 person – years, Barcelona 1987 - 1990). However, the mortality of the opioids addicts is determined by three factors: infectious diseases; overdose-related death or acute reactions after the consumption, including methadone and heroine; and violent deaths, being one of the most frequent the suicide by means of overdose. However, it has been demonstrated that the methadone maintenance treatments increase the survival of the patients. The relative risk of dying in patients not receiving methadone was 3.2 (Province of Alicante, 1990 - 1997) when compared with those that received treatment. It was found in Amsterdam in the period encompassed between 1985 and 1996 a relative risk equal to 2.38 in natural-cause deaths and 4.55 and $IC_{95\%} = 1.89 - 10.0$ in drug injectors. Nevertheless, the protective effect of the methadone maintenance treatments is associated to the fact that they are based on harm reduction, rather than in the pharmacological effect of the methadone.

ANTECEDENTES

Los resultados del primer tratamiento con metadona (Dole y Nyswander, 1965), sugerían que el uso de heroína durante largos periodos de tiempo inducían importantes cambios comportamentales y neurológicos: tolerancia, dependencia y adicción. Se informó que dichos cambios hacían difícil a los adictos a opiáceos el conseguir una abstinencia completa. Por lo tanto, los primeros tratamientos con metadona se plantearon como una terapia sustitutiva del uso de opiáceos. De hecho se defendió la utilidad de la metadona en bloquear el efecto de los opiáceos autoadministrados, con la ventaja añadida que supuso la administración de la metadona por vía oral una vez al día. La metadona es un opioide sintético con un carbono quiral. En clínica se administran los dos enantiómeros: R-metadona y S-metadona, sin embargo el efecto terapéutico está mediado casi exclusivamente por el enantiómero R, puesto que su afinidad por los receptores opioides μ y su efecto analgésico es hasta 8 y 50 veces mayor que los del enantiómero S, respectivamente.

EL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON METADONA Y LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS

El objetivo fundamental de cualquier intervención terapéutica es la de curar o aliviar la enfermedad y evitar la mortalidad. En este sentido tratar la dependencia a opiáceos parece la razón de ser del tratamiento de mantenimiento con metadona (TMM). Sin embargo no es el único objetivo de los TMMs. De hecho, la causa de muerte en usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) se debe, en una extensión importante, a enfermedades infecciosas como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) lo que justifica un apartado cuando se trata el tema del TMM. La morbilidad se ha asociado al uso de la vía parenteral con alta incidencia de infecciones víricas y bacterianas. El uso de la vía parenteral, el aprendizaje sobre el uso y la técnica de la inyección a través de otros usuarios y los rituales de compartir jeringuillas y material de inyección facilitan que las infecciones sobre todo el VIH y el virus de la hepatitis C (VHC) aparezcan en estadios iniciales del proceso de dependencia. Respecto a esto, los adictos que utilizaron la vía de administración parenteral presentaron un riesgo relativo de contraer la infección por el VIH igual a 4,0; intervalo de confianza del 95% (IC95%) = 3,0 – 5,6 (Esteban y col., 2003a) ó 4,8;

IC95% = 1,9 – 11,8 (Portilla y col., 2001) respecto a los que utilizaron la vía no endovenosa.

Los programas de reducción de daños aparecieron en la década de 1980 en Inglaterra con el objetivo de disminuir la alta incidencia de hepatitis B en adictos a la heroína. En nuestro medio, los programas de reducción de daños y, entre ellos, los TMMs se desarrollaron y diversificaron en la década de los 90 debido a la alta prevalencia de infección por el VIH en este colectivo.

Al principio de la década de los 90, la prevalencia de infección por el VIH fue el 66% de los usuarios del TMM en la provincia de Alicante (Esteban y col., 2003a), cifra muy superior a la encontrada en el resto de los países de nuestro entorno europeo, como en Gran Bretaña 1% de pacientes infectados, en Suiza del 5%, e incluso a los resultados obtenidos por Hartel y Schoenbaum, 1998 del 43% de pacientes adictos infectados en el Bronx de New York. En Texas la prevalencia fue del 9% (Rhoades y col., 1998), en Australia del 2% (UNAIDS, 2000).

A pesar de que la prevalencia de infección por VIH disminuyó a lo largo del periodo estudiado en la provincia de Alicante hasta un 52% en 1999 (Portilla y col., 2001) esta tendencia descendente fue mucho menor que la encontrada en Holanda donde descendió desde un 37% en 1990 hasta un 5% en 1996 (UNAIDS, 2000), donde se desarrollaron y difundieron las políticas de reducción de daños de forma mas temprana.

Respecto a la infección por el VHC, Broers y col., 1998 encontraron una tendencia a la baja en la prevalencia de infección en pacientes que iniciaban tratamiento de mantenimiento con metadona (91,6% en 1988 y 29,8% en 1993).

Estos resultados fueron contrarios a los informados por Carter y col., 2001 donde la prevalencia por infección por hepatitis C se situó en un 84,1%; un 76% (Portilla et al., 2001) o un 82% (Steffen y col., 2001). Los TMMs han demostrado ser una herramienta útil en reducir el consumo de drogas y la transmisión de enfermedades infecciosas, tales como, infección por el VIH o VHC (Rhoades y col., 1998; Sees y col., 2000; Bell y Zador, 2000).

Así mismo facilitan a pacientes con infecciones ya diagnosticadas el acceso a tratamientos especializados, proporcionando asistencia psicológica además de mejorar su situación social (Des Jarlais y col., 1998; Ward y col., 1999; Rounsaville y Kosten, 2000). Sin embargo, se han propuesto algunas medidas para aumentar su efectividad entre ellas se encuentran la accesibilidad del mayor número de pacientes posibles, ampliando los

criterios de inclusión, restringiendo los criterios de exclusión y eliminando al máximo los tramites administrativos innecesarios; utilizando las dosis adecuadas y sin limitaciones en la duración del tratamiento (de la Fuente H, 1996a; D'Ippoliti, 1998; Fernandez, 2001) así como ofreciendo una oferta asistencial amplia que de respuesta a las necesidades del usuario (Fernandez, 2001).

Adicionalmente, se informó que la prevalencia de infección por el VIH y VHC aumentó con el tiempo de consumo de drogas (Steffen y col., 2001; Portilla y col., 2001). Por el contrario, la edad temprana de inicio en TMM fue un factor de protección frente a la infección por VIH, mostrando junto al tiempo total en TMM un efecto protector (Esteban y col., 2003a). Es decir, largos periodos de tiempo en TMM permiten separar al paciente de su anterior vida de adicto: disminuir sus prácticas de riesgo; e incorporarse al trabajo o a la educación y a la crianza de sus hijos (Bell y Zador, 2000).

EL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON METADONA Y LA SUPERVIVENCIA DE LOS ADICTOS A OPIÁCEOS.

El uso de drogas incrementa las tasas de morbilidad y mortalidad entre adictos a opiáceos. El incremento en la mortalidad de esta población se debe fundamentalmente a tres factores: en primer lugar debido a enfermedades infecciosas; en segundo lugar, debido a reacciones agudas tras el consumo o sobredosis (Neelman y Farrell, 1997; Comisión Técnica del Observatorio Español sobre Drogas, 1998; Comisión Técnica del Observatorio Español sobre Drogas, 1999) y por último por muertes violentas o suicidio frecuentemente mediante sobredosis (Oyefeso y col., 1999a; Oyefeso y col., 1999b).

LA INFECCIÓN POR EL VIH Y LA SUPERVIVENCIA DE LOS ADICTOS A OPIÁCEOS

La causa de muerte por SIDA en España contó 27905 casos en 1998, de los cuales 18168 (61,1%) fueron adictos a drogas por vía endovenosa. La mayor tasa de mortalidad se encontró entre hombres (82%) en edades comprendidas entre 25 y 39 años. Como se ha comentado en la sección anterior, la alta prevalencia de infección por el VIH en adictos a opiáceos

explica el porque de las altas tasas de mortalidad, fundamentalmente a causa de SIDA. En la provincia de Alicante cuando la prevalencia de infección por el VIH se encontraba en sus cotas más altas (66%), las tasas de mortalidad de adictos a opioides se situaron en 87/1000 en 1991. Descendiendo hasta 17/1000 en 1997 cuando dicha prevalencia se situó en un 50% en 1997 (Esteban y col., 2003b). Otros estudios realizados en España (Muga y col., 1999), arrojaron resultados semejantes donde la causa de muerte por SIDA fue 27/1,000 persona – años.

El análisis de mortalidad en una muestra de 1487 pacientes de la provincia de Alicante, mostró que el riesgo relativo de pacientes seropositivos era igual a 7; IC95% 4 – 12 comparado con pacientes seronegativos (Esteban y col., 2003b) Langendam y col., 2001 informaron de resultados similares, el riesgo relativo fue 22 para pacientes seropositivos con recuento de linfocitos CD4 < 500 y de 5 para pacientes seropositivos con recuento de linfocitos CD4 ≥ 500 cuando se los comparó con pacientes seronegativos. Por lo que la infección por VIH es un factor de riesgo en población adicta a opiáceos con infección por VIH (Appel et al., 2000; Langendam y col., 2001).

SOBREDOSIS Y LA SUPERVIVENCIA DE LOS ADICTOS A OPIOIDES

Los periodos de inducción presentan un alto riesgo de muerte para los pacientes que inician TMM cuando no se sigue una buena práctica clínica. Este hecho podría estar relacionado con la rapidez con que se aumenta la dosificación, la tolerancia no estabilizada del sujeto y el uso simultaneo de diversas sustancias como drogas ilícitas y fármacos (Bell y Zador., 2000). En este sentido, se produjeron sobredosis accidentales tras una mala práctica clínica al dispensar dosis iniciales de metadona de alrededor de 90 mg / día (Heinemann y col., 2000) o diagnosticar dependencia a opioides a un adicto a anfetaminas (Caplehorn y col., 1999).

Heinemann y col., 2000 registraron las 1396 muertes relacionadas con drogas ocurridas en Hamburgo en el periodo comprendido entre 1990 y 30 de junio de 1999. Observaron una tendencia a la baja de muertes por sobredosis relacionada a heroína y un aumento de aquellas que se relacionaron con metadona. Las dosis de metadona que no fueron consumidas bajo supervisión sanitaria representaron la única fuente de metadona en el mercado negro. Esas dosis fuera del circuito sanitario produjeron un tercio de las muertes relacionadas con sobredosis por metadona,

ya que tuvieron lugar en sujetos que nunca habían estado en tratamiento. En otro estudio, (Seymour y col., 2001) realizado en la región escocesa de Strathclyde desde 1995 a 1998 identificaron 443 muertes relacionadas con drogas. Se identificó metadona en el 31% de los fallecidos. Se observó una tendencia a la baja en la presencia de metadona en fallecidos, probablemente por una política que fomentó la disminución del uso ilícito de metadona, lo que hace al tratamiento con metadona una terapia de sustitución adecuada para tratar la dependencia a opioides (Seymour y col., 2003). El 55% de los sujetos obtuvieron metadona de forma ilegal. Las muertes relacionadas con metadona se asociaron en una gran extensión a su abuso ilegal (Heinemann y col., 2000; Seymour y col., 2001).

Probablemente una proporción importante de estas muertes se debe a que los sujetos que no recibieron habitualmente metadona presentaron menor tolerancia a los opioides que aquellos en TMM. Se ha puesto de manifiesto que la tolerancia a la depresión de la respiración en humanos es relativamente lenta e incompleta cuando se la compara con otros efectos de los opioides, como por ejemplo, los euforizantes (White y Irvine, 1999). Respecto a esto último, el TMM probablemente protege de la muerte por sobredosis ya que los pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona que reciben una dosis fija de metadona diariamente, especialmente dosis altas, alcanzan una tolerancia considerablemente mayor a los efectos de los opioides que la que alcanzan los adictos a heroína, puesto que no siempre está disponible y cuya pureza es muy variable (de la Fuente y col., 1996b). Los niveles de metadona de pacientes en TMM que murieron de sobredosis fueron estadísticamente mayores que aquellos de los que murieron sin haber estado en TMM (Heinemann y col., 2000). Por otro lado los niveles post-mortem de tanto metadona como heroína encontrados en sujetos fuera de tratamiento fueron considerados dentro del rango terapéutico (Seymour y col., 2001), mientras que Wolf y col., 2004, concluyeron que no se pudo establecer un rango terapéutico para metadona porque se encontraron niveles de metadona inferiores a rangos terapéuticos previamente establecidos en sujetos fallecidos por sobredosis de metadona. Todo lo anterior, apoya el hecho de que los pacientes en TMM alcanzan una tolerancia mayor que los adictos a opioides que no reciben tratamiento con metadona. Además, los adictos a opioides que no reciben tratamiento con metadona habitualmente utilizan diferentes sustancias, como por ejemplo, benzodiazepinas y alcohol con consecuencias

irreversibles (Ghodse y col., 1998; Heinemann y col., 2000; Seymour y col., 2001) debido a interacciones entre sedantes y opioides (White y Irvine, 1999).

Por lo tanto, las muertes relacionadas con sobredosis ocurren con más probabilidad entre adictos a opioides que no están recibiendo metadona que entre aquellos que si la reciben (Caplehorn y col., 1999; Hall y col., 2000; Langendam y col., 2001).

EL EFECTO PROTECTOR DEL TMM EN ADICTOS A OPIOIDES.

Langendam et al., 2001 informaron que el simple hecho de permanecer en TMM favoreció la supervivencia. Recodificaron la variable dosificación de metadona en una variable con dos valores: pacientes tomando actualmente metadona y pacientes sin tomar metadona actualmente. Dicha variable fue un predictor independiente de mortalidad de causas naturales. Observaron que el riesgo relativo de morir por causa natural de pacientes que no tomaban metadona fue 2,38; $IC_{95\%} = 1,28 - 4,55$ respecto a los que si la tomaban. En el mismo estudio se realizó un análisis de la mortalidad por sobredosis en los usuarios de la muestra que consumían heroína por vía parenteral donde se encontró un riesgo relativo de 4,55; $IC_{95\%} = 1,89 - 10,0$ para sujetos que no tomaban metadona en el momento de la muerte respecto a los que si la tomaban. Argumentaron que el efecto protector del TMM no estaba relacionado con la dosificación de metadona sino por ser un tratamiento basado en la reducción de daños y con un bajo grado de exigencia.

Hall et al., 2000 concluyeron que las tasas de mortalidad fueron mayores en Australia que en el Reino Unido por dos motivos: 1) el 80% de la población adicta permanecía en TMM en el Reino Unido frente a un 30% en Australia; 2) En Australia el uso de la vía endovenosa es generalizado mientras que en el Reino Unido los pacientes en TMM utilizan la vía no endovenosa en un 40%.

Adicionalmente sin tener en cuenta la causa de la muerte, el efecto protector de diferentes TMMs se pudo demostrar clasificando a los individuos con la anteriormente descrita variable categórica “recibiendo tratamiento con metadona” (Esteban y col., 2003b; Digiusto y col., 2004), ya que los pacientes que abandonaron la farmacoterapia para tratar la adicción de opioides presentaron una mortalidad mayor que los que permanecieron. En concreto, Esteban y col., 2003b encontraron que, el riesgo

relativo de morir cuando el sujeto no recibía metadona (todos los individuos habían estado al menos una vez en TMM) fue 3,2 IC95% = 1,5 – 7,1 respecto a los pacientes que si la recibían.

MUERTES VIOLENTAS POR SOBREDOSIS

Oyefeso y col., 1999a, estudiaron los suicidios cometidos por adictos en UK durante un periodo de 25 años. La población más vulnerable fue la comprendida en la franja de edad de 25 – 34 años. Por otro lado, Darke y col., 2004 encontraron que una edad joven era un factor asociado a una tentativa de suicidio reciente. El método más común de suicidio fue la sobredosis (n = 285, 45%), seguida por ahorcamiento (31%) (Oyefeso y col., 1999a). Se aconsejó limitar la cantidad prescrita de principio activo, así como establecer vías de comunicación entre salud mental y atención primaria para diagnosticar (Darke y col., 2004) y tratar trastornos psiquiátricos que prevengan el suicidio (Oyefeso y col., 1999a). De hecho se asoció que los pacientes jóvenes presentaron en mayor proporción trastornos de conducta (Darke y col., 2003) y que la presencia de depresión mayor, ideas suicidas y trastorno límite de la personalidad se relacionaron con tentativas de suicidio (Darke y col., 2004). En el caso de pacientes en TMM con alto riesgo de suicidio, se recomienda la toma supervisada de metadona (Oyefeso y col., 1999a).

AGRADECIMIENTOS

El estudio fue financiado por el Instituto de Investigación de Drogodependencias, Universidad Miguel Hernández (Ref. BSC/15/09-00) y Pfizer, S.A. España.

REFERENCIAS

- Appel, P. W., Joseph, H., y Richman, B. L., (2000). Causes and rates of death among methadone maintenance patients before and after the onset of the HIV / AIDS epidemic. *Mt Sinai J Med* 67(5-6): 444-451.
- Bell, J. y Zador, D., (2000). A risk-benefit analysis of methadone maintenance treatment. *Drug Saf* 22(3): 179-190.

- Broers, B., Junet, C., Bourquin, M., Deglon, J. J., Perrin, L., y Hirschel, B., (1998). Prevalence and incidence rate of HIV, hepatitis B and C among drug users on methadone maintenance treatment in Geneva between 1988 and 1995. *AIDS* 12(15): 2059-2066.
- Caplehorn, J. R. y Drummer, O. H., (1999). Mortality associated with New South Wales methadone programs in 1994: lives lost and saved. *Med J Aust* 170(3): 104-109.
- Carter, H., Robinson, G., Hanlon, C., Hailwood, C., y Massarotto, A., (2001). Prevalence of hepatitis B and C infection in a methadone clinic population: implications for hepatitis B vaccination. *N Z Med J* 114(1136): 324-326.
- Comisión Técnica del Observatorio Español sobre Drogas. (1998). Informe n° 1. Observatorio Español sobre Drogas. [First Report. Spanish Observatory of Abused Drugs]. Madrid, Ministerio del Interior.
- Comisión Técnica del Observatorio Español sobre Drogas. (1999). Informe n° 2. Observatorio Español sobre Drogas. [Second Report. Spanish Observatory of Abused Drugs]. Madrid, Ministerio del Interior.
- D'Ippoliti, D., Davoli, M., Perucci, C. A., Pasqualini, F., y Bargagli, A. M., (1998). Retention in treatment of heroin users in Italy: the role of treatment type and of methadone maintenance dosage. *Drug Alcohol Depend* 52(2): 167-171.
- Darke, S., Ross, J., y Lynskey, M., (2003). The relationship of conduct disorder to attempted suicide and drug use history among methadone maintenance patients. *Drug Alcohol Rev* 22(1): 21-25.
- Darke, S., Ross, J., Lynskey, M., y Teesson, M., (2004). Attempted suicide among entrants to three treatment modalities for heroin dependence in the Australian Treatment Outcome Study (ATOS): prevalence and risk factors. *Drug Alcohol Depend* 73(1): 1-10.
- de la Fuente, Hoz y Barrio, Anta G., (1996a). Control de los problemas de salud asociados al consumo de drogas en España: Hacia un abordaje científico y priorizado. [The control of the health problems associated with drug consumption in Spain: towards a scientific and prioritized approach]. *Gac Sanit* 10(57): 255-260.
- De la Fuente, L., Saavedra, P., Barrio, G., Royuela, L., y Vicente, J., (1996b). Temporal and geographic variations in the characteristics of heroin seized in Spain and their relation with the route of administration. Spanish Group for the Study of the Purity of Seized Drugs. *Drug Alcohol Depend* 40(3): 185-194.
- Des, Jarlais DC, Perlis, T., Friedman, S. R., Deren, S., Chapman, T., Sotheran, J. L., Tortu, S., Beardsley, M., Paone, D., Torian, L. V., Beatrice, S. T., DeBernardo, E., Monterroso, E., y Marmor, M., (1998). Declining seroprevalence in a very large HIV epidemic: injecting drug users in New York City, 1991 to 1996. *Am J Public Health* 88(12): 1801-1806.

- Digiusto, E., Shakeshaft, A., Ritter, A., O'Brien, S., y Mattick, R. P., (2004). Serious adverse events in the Australian National Evaluation of Pharmacotherapies for Opioid Dependence (NEPOD). *Addiction* 99(4): 450-460.
- Dole, V. P., Nyswander, M., (1965). A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction. a clinical trial with methadone hydrochloride. *JAMA* 193:646-650.
- Esteban, J., Gimeno, C., Aragones, A., Barril, J., y Pellin, Mde L., (2003a). [Prevalence of infection by HIV and hepatitis C virus in a cohort of patients on methadone treatment]. *Med Clin (Barc)* 120(20): 765-767.
- Esteban, J., Gimeno, C., Barril, J., Aragones, A., Climent, J. M., y de la Cruz, Pellin, (2003b). Survival study of opioid addicts in relation to its adherence to methadone maintenance treatment. *Drug Alcohol Depend* 70(2): 193-200.
- Fernandez, Miranda JJ, (2001). [Methadone maintenance programs effectiveness. An outcome evaluation studies review]. *Med Clin (Barc)* 116(4): 150-154.
- Ghodse, H., Oyefeso, A., y Kilpatrick, B., (1998). Mortality of drug addicts in the United Kingdom 1967-1993. *Int J Epidemiol* 27(3): 473-478.
- Hall, W., Lynskey, M., y Degenhardt, L., (2000). Trends in opiate-related deaths in the United Kingdom and Australia, 1985-1995. *Drug Alcohol Depend* 57(3): 247-254.
- Hartel, D. M. y Schoenbaum, E. E., (1998). Methadone treatment protects against HIV infection: two decades of experience in the Bronx, New York City. *Public Health Rep* 113 (Suppl 1): 107-115.
- Heinemann, A., Iwersen-Bergmann, S., Stein, S., Schmoldt, A., y Puschel, K., (2000). Methadone-related fatalities in Hamburg 1990-1999: implications for quality standards in maintenance treatment? *Forensic Sci Int* 113(1-3): 449-455.
- Langendam, M. W., van Brussel, G. H., Coutinho, R. A., y van Ameijden, E. J., (2001). The impact of harm-reduction-based methadone treatment on mortality among heroin users. *Am J Public Health* 91(5): 774-780.
- Muga, R., Egea, J. M., Navio, M., Sirera, G., Vall, M., y Tor, J., (1999). Mortalidad en una cohorte de usuarios de drogas por via intravenosa antes de la introduccion de la terapia VIH potente. [Mortality in a cohort of intravenous drug users before the introduction of potent HIV therapy]. *Med Clin (Barc)* 112(19): 721-725.
- Neeleman, J. y Farrell, M., (1997). Fatal methadone and heroin overdoses: time trends in England and Wales. *J Epidemiol Community Health* 51(4): 435-437.
- Oyefeso, A., Ghodse, H., Clancy, C., y Corkery, J. M., (1999a). Suicide among drug addicts in the UK. *Br J Psychiatry* 175(277-282).
- Oyefeso, A., Ghodse, H., Clancy, C., Corkery, J., y Goldfinch, R., (1999b). Drug abuse-related mortality: a study of teenage addicts over a 20-year period. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 34(8): 437-441.

- Portilla, J., Esteban, J., Llinares, R., Belda, J., Sanchez-Paya, J., Isabel, Manso M., y de Estudio, Protocolo, (10-3-2001). [Prevalence of chronic hidden infections in a cohort of patients in substitutive treatment with methadone]. *Med Clin (Barc)* 116(9): 330-332.
- Rhoades, H. M., Creson, D., Elk, R., Schmitz, J., y Grabowski, J., (1998). Retention, HIV risk, and illicit drug use during treatment: methadone dose and visit frequency. *Am J Public Health* 88(1): 34-39.
- Rounsaville, B. J. y Kosten, T. R., (2000). Treatment for opioid dependence: quality and access. *JAMA* 283(10): 1337-1339.
- Sees, K. L., Delucchi, K. L., Masson, C., Rosen, A., Clark, H. W., Robillard, H., Banys, P., y Hall, S. M., (2000). Methadone maintenance vs 180-day psychosocially enriched detoxification for treatment of opioid dependence: a randomized controlled trial. *JAMA* 283(10): 1303-1310.
- Seymour, A., Black, M., y Oliver, J. S., (2001). Drug related deaths in the Strathclyde region of Scotland, 1995-1998. *Forensic Sci Int* 122(1): 52-59.
- Seymour, A., Black, M., Jay, J., Cooper, G., Weir, C., y Oliver, J., (2003). The role of methadone in drug-related deaths in the west of Scotland. *Addiction* 98(7): 995-1002.
- Steffen, T., Blattler, R., Gutzwiller, F., y Zwahlen, M., (2001). HIV and hepatitis virus infections among injecting drug users in a medically controlled heroin prescription programme. *Eur J Public Health* 11(4): 425-430.
- UNAIDS (Updated on 2000). Epidemiological Fact Sheets by Country. [on line]. www.unaids.org/hivaidinfo/statistics/june00/fact_sheets/index.html.
- Ward, J., Hall, W., y Mattick, R. P., (1999). Role of maintenance treatment in opioid dependence. *Lancet* 353(9148): 221-226.
- White, J. M. y Irvine, R. J., (1999). Mechanisms of fatal opioid overdose. *Addiction* 94(7): 961-972.
- Wolf, B. C., Lavezzi, W. A., Sullivan, L. M., y Flannagan, L. M., (2004). Methadone-related deaths in Palm Beach County. *J Forensic Sci* 49(2): 375-378.

INVESTIGADORES
NOVELES

TRATAMIENTO GRUPAL DE LA LUDOPATÍA.

Una experiencia desde el Centro de Día ARTIC.

Raquel Valdés Torres

Psicóloga. Máster en Drogodependencias.

*Coordinadora del Equipo técnico del Centro de Día ARTIC.
Torrent (Valencia).*

RESUMEN

Desde que se legalizara el juego en 1977 ha aumentado la demanda de tratamiento por este trastorno. Dados los buenos resultados obtenidos en el tratamiento de otras conductas adictivas por la terapia de grupo, desde el Centro de Día ARTIC y ante la demanda de casos, intentamos aplicar este tipo de terapia junto a intervenciones individuales y otras técnicas. La terapia de grupo que se está trabajando desde este centro es algo experimental y diseñado a partir de la idiosincrasia y necesidades específicas de los usuarios que acuden para recibir tratamiento. Queda pendiente valoración de resultados.

Palabras clave: ludopatía. Terapia de grupo. Centro de Día ARTIC.

ABSTRACT

Since the pathological game was legalized in 1977 it has increased the demand of treatment for this dysfunction. Due the good results obtained in the treatment give other addictive behaviours for the therapy of group, from the Day Center ARTIC and before the demand of cases, we try to apply this type of therapy next to individual interventions and other techniques. The Group therapy gives that one is working from this center it is something experimental and sketch starting from the idios-

yncrasy and specific necessities the users that go to receive treatment gives. It is pending valuation of results.

INTRODUCCIÓN

El juego patológico o ludopatía se encuentra enmarcado dentro de las llamadas adicciones psicológicas: aquellas conductas repetitivas que resultan placenteras, al menos en las primeras fases, y que generan una pérdida de control en el sujeto.

El jugador patológico presenta un fracaso crónico y progresivo en resistir los impulsos de jugar, de los que derivan conductas de juego que interfieren negativamente en la consecución de los objetivos personales, familiares y/o sociales.

Las características del juego patológico quedan resumidas en:

1. incapacidad del sujeto para controlarse, fracaso en resistir el impulso.
2. sensación creciente de tensión o activación antes de llevar a cabo el acto.
3. experiencia de placer, gratificación o alivio en el momento de consumirlo.
4. alteración en áreas significativas de la vida del sujeto, familia, amigos, trabajo, etc.
5. negación de la enfermedad, característica principal en todas las adicciones.
6. optimismo irracional y pensamiento supersticiosos, son distorsiones cognitivas presentes en los ludópata.

Desde que en 1977 se legalizara el juego en España, ha aparecido en el mercado una amplia variedad de juegos de azar: máquinas tragaperras, bingos, casinos, diversas loterías, etc. La legalización y promoción de esta actividad, así como su aceptación popular como opción recreativa, han traído consigo un aumento espectacular de la participación en el juego. A medida que esta participación se ha extendido, también lo ha hecho la incidencia de la ludopatía.

En los últimos años se ha producido en nuestro país un aumento espectacular de la demanda terapéutica por problemas de juego. La prevalencia de la ludopatía en España se sitúa entre el 1,67 y el 1,73 por 100 de la población (Becoña, 1993; Legarda et al., 1992), con un aumento cualitativamente importante entre los adolescentes. Asimismo, existe un porcentaje adicional, que oscila entre el 1,60 y el 5,18 por 100, de personas que

presentan juego problemático. Por otra parte, no se debe olvidar que, junto a cada jugador patológico, existe un número importante de personas afectadas por el problema (Peck, 1986): familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc.

MÉTODO

En el momento actual consideramos que el tratamiento debe incluir un plan terapéutico del propio juego patológico y de los trastornos asociados, así como un abordaje amplio y comprensivo de los determinantes sociales y personales de este tipo de adicción y de las consecuencias asociadas, tanto familiares como laborales, que conlleva.

El tratamiento que recibe un ludópata que acude al Centro de Día comprende una intervención psicológica a nivel individual junto a una intervención grupal, y la asistencia a los diversos tipos de talleres ocupacionales... cuando se considera oportuno.

A nivel individual las alternativas y los métodos concretos utilizados incluyen medidas de promoción del autocontrol, técnicas psicológicas específicas, tratamiento de la patología asociada (ansiedad, depresión, etc), junto a la utilización de recursos sociales. Algunas de las ventajas de esta intervención individual pudieran ser:

- Permite una mayor adaptación e idiosincrasia.
- Las situaciones y conductas que se analizan están directamente relacionadas con las experiencias personales.
- Permite profundizar, si es necesario, en otras problemáticas que acompañan al juego y que se ponen de manifiesto en los procesos de recaída.

A nivel grupal, se ha comprobado tanto con la experiencia clínica como con un emergente número de estudios de evaluación que la participación en grupos puede ser beneficiosa en el tratamiento de algunos pacientes con trastornos adictivos. (J. Martínez Raga & G. Haro Cortés, 2002). Los grupos de "autoayuda" se definen como "una ayuda mutua de un grupo de tipo apoyo, educacional, usualmente orientada al cambio, que aborda un problema puntual de la vida o una condición que comparten todos los miembros" (Kurtz, 1997). En estos grupos los pacientes suelen recibir apoyo crítico de otros miembros del grupo, se repasan las consecuencias negativas experimentadas por el paciente como consecuencia de su trastorno adictivo, se estimula la abstinencia y la asistencia regular al grupo,

se reciben consejos sencillos y útiles para la resolución de problemas o dificultades asociadas a su problema adictivo, y se favorece la interacción social.(J. Martínez Raga & G. Haro Cortés).

Desde el Centro de Día ARTIC tras observar los buenos resultados que se obtiene al trabajar en grupo y al iniciar tratamiento de ludopatía, creímos conveniente el aplica este tipo de terapia a este trastorno adictivo. Para ello y acomodándonos a las necesidades características e idiosincrasia de cada usuario diseñamos el tipo de funcionamiento, de ahí, el grupo se compone de entre 10 y 15 jugadores junto a los familiares. De éstos jugadores, hay un porcentaje que realiza el grupo por 2ª vez, sirviendo de “modelos” a los que se incorporan nuevos.

El grupo siempre es guiado por un profesional, una psicóloga e estos momentos. Tras finalizar las sesiones 12, los primeros son dados de alta en el grupo, aunque continúen con intervención y seguimiento individual, lo que nos permitirá posteriormente observar de forma cualitativa los resultados, y los que acaban de incorporarse sirven de “modelo” para nuevas incorporaciones, llegando a formar de esta manera una especie de cadena.

Respecto a la metodología empleada, la duración de los grupos, que se realizan una vez a la semana, es de una hora, las sesiones se prolongan durante 4 meses aproximadamente, para posteriormente volver a iniciarlo, no resultando nunca iguales dos grupos entre sí, ya que el funcionamiento, temas, etc. se verá influido por los participantes de cada momento. Respecto a los temas que se suelen trabajar en el grupo de forma más general, se contemplan:

- Funcionamiento del grupo. Objetivos a conseguir.
- Autobiografía de juego.
- ¿qué es la ludopatía o juego patológico?
- información.
- Objetivos.
- Motivación al tratamiento.
- Artículos.
- Resolución de problemas.
- Recuperación de la confianza.
- Sentimiento de culpabilidad.
- Prevención de recaídas.

RESULTADOS

En los dos últimos años, se han realizado en ARTIC un total de 6 grupos, desde Abril de 2002 hasta Abril de 2003, pasando un total de 61 jugadores, de ellos:

Completaron el tratamiento recibiendo el alta terapéutica 22, todos ellos habían realizado el grupo 2 veces.

Abandonaron el tratamiento tras finalizar el primer grupo un total de 5 personas.

Abandonaron sin completar tratamiento, es decir, sin tan siquiera finalizar el primer grupo 7.

Continuaron en tratamiento un total de 27.

TABLA 1

	ABRIL- JULIO 2002	SEPTIEMBRE- DICIEMBRE2002	ENERO- ABRIL 2003
COMPLETAN TTO. RECIBEN ALTA:	0	4	5
ABANDONAN TTO. TRAS FINALIZAR PRIMER GRUPO.	3	0	0
ABANDONAN SIN TERMINAR EL GRUPO:	0	2	1
CONTINÚAN EN TTO:	2	6	3

	MAYO- JULIO 2003	SEPTIEMBRE- DICIEMBRE2003	ENERO- ABRIL 2004
COMPLETAN TTO. RECIBEN ALTA:	4	4	5
ABANDONAN TTO. TRAS FINALIZAR PRIMER GRUPO.	0	0	2
ABANDONAN SIN TERMINAR EL GRUPO:	2	2	0
CONTINÚAN EN TTO:	4	7	5

DISCUSIÓN

A partir de los resultados obtenidos y de los comentarios de los participantes que finalizaron el tratamiento y que continuaron con el seguimiento individual, se obtienen una serie de ventajas que ellos mismos describen de esta intervención grupal, como son:

- Refuerza a los integrantes del grupo en dirección a los objetivos terapéuticos (abstinencia, recuperación del control, valoración económica, etc).
- Los criterios de los compañeros del grupo tienen un alto nivel de credibilidad para el jugador en tratamiento.
- La sanción de conductas inadecuadas, se transmite desde la experiencia común.
- Proporciona múltiples formas de colaboración e interacción, proximidad, universalidad, pérdida de la unicidad y ayuda mutua.
- Capacidad para inducir y eliminar sentimientos intensos, tanto del propio jugador como del familiar que le acompaña.
- Incremento de la objetividad.
- Aporta alternativas.
- Influye en la auto-imagen, proporcionando modelos y comparación social.
- Facilita la auto-percepción y la mejora de la autoestima.
- Favorece la liberación de la culpa.
- Instruye en la solución de problemas y habilidades de comunicación.
- Aumenta las expectativas de recuperación.

A los familiares:

- Les orienta en su papel desde la comprensión del problema.
- Les ayuda a apoyar adecuada y eficazmente al familiar enfermo.
- Les ayuda a estabilizarse emocionalmente.

Mencionar que de los usuarios que finalizaron los dos grupos, recibiendo el alta terapéutica la mayor parte venían acompañados de algún familiar.

Queda pendiente un abordaje y estudio más profundo sobre diversas hipótesis como que influencia ejerce el acompañamiento del familiar en el grupo para un mayor éxito (mantenimiento abstinencia) en el tratamiento, que nivel de éxito se registra tras la finalización de los grupos al cabo del tiempo (2 años, 5 años...), que diferencias pueden existir entre diversas modalidades de tratamiento: a) tratamiento individual, b) tratamiento grupal exclusivamente y c) una combinación de ambas técnicas que sería lo que se está realizando hasta ahora en ARTIC.

BIBLIOGRAFÍA

- Becoña, E. (1993): el juego compulsivo en la comunidad autónoma gallega. Santiago de Compostela. Xunta de Galicia.
- Becoña, e.(1995): Juego patológico. En V. E. Caballo, G Buela-Casal y J. A. Carboles. (eds.). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Madrid. Siglo XXI.
- Becoña, E. (1996): Tratamiento del Juego patológico. En J. M. Buceta y A.M. bueno (eds). *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. Madrid. Pirámide.
- J. Martínez Raga y G. Haro Cortés (2002). Los Grupos de Autoayuda en le tratamiento de los trastornos por consumo de alcohol y otros trastornos adictivos. Manual de evaluación y tratamiento de Drogo dependencias
- Kurtz LF. Self help and support groups: A handbook for practitioners. Thousand oaks: Sage Publications, 1997
- Legarda, J.J., Babio, R. y Abreu, J.M. (1992): Prevalence estimates of pathological gambling in Seville (Spain). *British Journal of Addictions*, 87, 767-770
- Peck, C.P. (1986): A public mental health issue. *American Psychologist*, 41, 461-465.

RECENSIONES DE LIBROS

TÍTULO:

GUÍA PRÁCTICA PARA UNA PREVENCIÓN EFICAZ

AUTOR:

Alicia Acero Achirica

EDITA:

**Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales
(ADES)**

**Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan
Nacional sobre Drogas**

160 páginas

La prevención continua siendo una cuestión prioritaria entre todos los profesionales que trabajan en el campo de las drogodependencias, por ello la importancia de crear más material sobre el tema, facilitando el desarrollo de una prevención cada día más completa.

La presente Guía nos ofrece varias aportaciones para ayudar en la tarea preventiva. La primera parte refleja la necesidad de tener al alcance una guía práctica para dotar a los profesionales de nuevos conocimientos así como de estrategias metodológicas a la hora de diseñar, implementar y evaluar este tipo de programas. Aquí exponen claramente el desarrollo de un programa comunitario siguiendo un “Modelo Lógico”.

A continuación, vemos estructurado el texto en cinco fases diferentes. La primera fase detalla los pasos a seguir para la planificación, marcando claramente dos metas principales: “Comprender la naturaleza y extensión del problema general de abuso de drogas en la comunidad que queremos intervenir” e “Identificar los factores de riesgo y protección en la población general o poblaciones particulares”.

La fase II está dirigida a la correcta identificación de recursos internos y externos dentro de la propia organización que lleve a cabo el programa.

En la fase III se hace hincapié en la importancia de seleccionar programas denominados “basados en la evidencia científica” si queremos obtener resultados positivos con la intervención. En este apartado nos encontramos con un catálogo detallado de programas escolares (como “Construyendo salud”, “En la huerta con mis amigos”, “¡Órdago! El desafío de vivir sin drogas”, “Tú decides”, “Barbacana”, “Tú y la música”, “Límite 0”, etc) y de programas comunitarios (Programas de Difusión y Sensibilización, Prevención del Alcoholismo Juvenil, Formación de Mediadores Sociales y Menores en Riesgo de Exclusión Social) .

La fase IV dedicada a la implementación y evaluación de programas basándose en el uso y desarrollo de un modelo lógico como mencionábamos anteriormente.

La última fase está destinada a la evaluación final para demostrar que se han producido los cambios deseados.

Esta guía es por tanto un instrumento útil y muy asequible para todos los profesionales que trabajan en la puesta en marcha de un programa preventivo, tanto desde organizaciones sociales, Administraciones Públicas, etc.

Susana Fernández Ruiz

RECENSIONES DE LIBROS

TÍTULO:

**MANUAL SET DE ALCOHOLISMO
(SOCIEDAD ESPAÑOLA DE TOXICOMANÍAS)**

COORDINADORES:

**Esther García de Usieto
Silvia Mendieta Caviedes
Gaspar Cervera Martínez
José Ramón Fernández Hermida**

EDITA:

Editorial Médica Panamericana

655 páginas

Sin duda alguna, el alcoholismo es el primero de los trastornos adictivos, con el que los profesionales, que se dedican a estas patologías, se enfrentan día a día.

El alcoholismo, sin generar tanta alarma social como otros trastornos relacionados con las drogas ilegales, genera importantes repercusiones tanto a nivel social, sanitario como económico.

El consumo de bebidas alcohólicas se correlaciona significativamente con los accidentes de tráfico, la violencia doméstica, múltiples patologías orgánicas y psicológicas, la siniestralidad y el absentismo laboral, etc....

Además de las importantes consecuencias que conlleva, es de especial relevancia destacar su elevada prevalencia, así como, su amplio arraigo social, la escasa percepción de riesgo que genera su uso y la consolidación de un nuevo patrón de consumo ("de carácter recreativo") muy extendido en la población juvenil.

Por todo ello, la Sociedad Española de Toxicomanías (SET) publica el presente manual, que supone un importante impulso en la consecución de los objetivos contenidos en la Estrategia Nacional sobre drogas. Objetivos que podrían resumirse en la prevención, detección precoz y el abordaje terapéutico de los problemas generados por el alcohol.

En la elaboración de esta obra han participado un total de cuarenta y cinco profesionales de reconocido prestigio y experiencia dentro de la medicina, psiquiatría, psicología, farmacología y epidemiología. Ofreciéndonos en conjunto, desde disciplinas y metodologías diferentes, una visión multidisciplinar de toda la problemática que engloba a dicha sustancia.

A través de este libro, que se articula en 29 capítulos, el lector encontrará desde la exposición del *estado actual del problema en España* (desarrollado a lo largo de los tres primeros capítulos), hasta el *análisis de la demanda asistencial y los tipos de intervención*, tanto preventiva como terapéutica, (que ocupa la parte central del libro).

En dicho análisis, se realiza una exhaustiva revisión de los principales métodos e instrumentos de evaluación y las estrategias de tratamiento más actuales. Así como, de las principales actuaciones de carácter preventivo, haciendo especial hincapié en la prevención en el ámbito familiar.

Pasando, a su vez, por el estudio de los marcadores biológicos del alcohol, psicopatología asociada, aspectos sociales, complicaciones jurídico penales, etc...

Finalmente, los coordinadores han añadido un capítulo en el que se describen las *fuentes de información* disponibles sobre alcoholismo. Tanto las primarias (revistas) como las secundarias (bases de datos bibliográficas), además de las instituciones y centros de documentación más relevantes.

Con este manual SET de alcoholismo, los coordinadores han conseguido destacar el nivel investigador, asistencial y docente que hay en nuestro país. Favoreciendo la formación de profesionales en una materia tan importante como el alcoholismo y, por tanto, favoreciendo una respuesta organizada frente a un problema que tanto preocupa a nuestra sociedad.

Mónica Gázquez Pertusa
*Instituto de Investigación de
Drogodependencias (INID)*

*NORMAS
DE PRESENTACIÓN
DE TRABAJOS*

NORMAS ACEPTACIÓN DE TRABAJOS

1. La revista "Salud y Drogas" aceptará trabajos de carácter empírico con rigor metodológico, y trabajos de naturaleza teórica o de revisión, que estén relacionados con los objetivos generales de la revista.
2. Sólo se publicaran artículos inéditos, no admitiéndose aquéllos que hayan sido publicados total o parcialmente, ni los que estén en proceso de publicación. Se admitirán trabajos en español, inglés y francés.
3. El consejo editorial solicitará el asesoramiento de expertos independientes, quienes valorando la calidad técnica y científica de los artículos realizarán la correspondiente selección.
4. Los manuscritos se revisarán anónimamente. Con el fin de mantener dicho anonimato, en la primera página del texto sólo aparecerá el título del trabajo sin los nombres de los autores. Estos y sus filiaciones aparecerán en una hoja previa encabezada por el título. Los autores procurarán que el texto no contenga claves o sugerencias que los identifiquen.
5. Los trabajos tendrán una extensión máxima de 25 folios incluidas figuras, tablas e ilustraciones, a doble espacio, por una sola cara, con márgenes de 3 cm y numeración en la parte superior derecha. En una hoja se incluirá un resumen (en español e inglés), no superior a 150 palabras. Las figuras y tablas (una en cada hoja) deberán ser compuestas por los autores del modo definitivo como deseen que aparezcan, y estar numeradas correlativamente, indicándose su ubicación en el texto.

-
-
6. Los artículos constarán de los epígrafes característicos de la investigación científica a) Título, autores e institución a la que pertenecen, con la dirección del primer autor b) Resúmenes en castellano e ingles. c) Texto organizado en 1) Introducción 2) Método 3) Resultados 4) Discusión 5) Referencias bibliográficas. Se utilizarán un máximo de 7 palabras clave.
 7. La preparación de los manuscritos ha de atenerse a las normas de publicación de la APA (Publication Manual of the American Psychological Association, 2001, 5ª edición).
 8. Los artículos se remitirán a la Redacción de la Revista;
"Salud y Drogas"
Instituto de Investigación en Drogodependencias
Universidad Miguel Hernández
Campus Universitario de San Joan d'Alacant
Ctra. n-332 s/n. San Joan d'Alacant
03550- Alicante- España

Se enviaran tres copias escritas y disco (Microsoft Word para Windows). Se dará acuse de recibo del trabajo al primer autor, siendo devueltos en un plazo aproximadamente de 3 meses aquellos no aceptados. Eventualmente la aceptación definitiva podría depender de mejoras o modificaciones del trabajo que los consultores o el consejo editorial proponga al autor. Nunca los manuscritos serán devueltos a los autores.

9. Si se acepta un trabajo para su publicación, los derechos de impresión y de reproducción por cualquier forma y medio son de la revista Salud y Drogas, que no rechazará cualquier petición razonable por parte de los autores para obtener el permiso de reproducción de sus contribuciones.
10. Se entiende que las opiniones expresadas en los artículos son de responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen la opinión y política científica de la revista. Las actividades descritas en los trabajos publicados estarán de acuerdo con los criterios generalmente aceptados de ética, tanto por lo que se refiere a experimentación animal como humana, así como en todo lo relativo a la deontología profesional.

REVISTA SALUD Y DROGAS

Edita: Instituto de Investigación de Drogodependencias

Depósito legal: MU-1305-2001

ISSN: 1578-5319

Foto de portada por cortesía de la Dra. C. De Felipe (Instituto de Neurociencias, UMH)



Boletín de Suscripción



Dirección de envío:

Nombre _____ Apellidos _____

Dirección _____ nº _____ Píso _____ Pta. _____

Población _____ D.P. _____ Prov. _____ País _____

Datos Profesionales _____

Titulación Académica _____ Especialidad _____

Centro de Trabajo _____ Cargo _____

Actividades profesionales privadas _____

Suscríbame a la REVISTA SALUD Y DROGAS _____



Instituto de Investigación de Drogodependencias
Universidad Miguel Hernández
Carretera Valencia, s/n. • 03550 San Juan (Alicante)
Teléfono: 965 919 319/43 • Fax: 965 919 566
Web <http://inid.umh.es> • e-mail: inid@umh.es





GENERALITAT
VALENCIANA

CONSELLERIA DE SANITAT

DIRECCIÓ GENERAL D' ATENCIÓ A LA DEPENDÈNCIA



INSTITUTO
DE INVESTIGACIÓN
DE DROGODEPENDENCIAS
Universidad Miguel Hernández