

Salud y drogas

1. Editorial	5	
2. Cartas al director		
Drogas y Drogodependencias: nuevos retos		
<i>Manuel Sanchis Fortea</i>	11	
3. Originales		
El consumo de drogas inyectadas en México: apuntes de las últimas dos décadas		
<i>Nivaldo Linares Pérez</i>	17	
Identidad de género y abuso de drogas. Estudio de las características del uso de drogas ilegales entre las mujeres en la comunidad valenciana		
<i>Agurtzane Castillo Aguilera, Juan José Llopis Llacer, Monstse Rebolida Gómez, Cesáreo Fernández, Teresa Orengo</i>	37	
		Eficacia de los programas de prevención escolar de drogas con metodología interactiva
		<i>José Pedro Espada Sánchez, Ana Isabel Rosa Alcázar, F. Xavier Méndez Carrillo</i>
		61
		4. Artículos de revisión
		Tratamiento del tabaquismo y política de prevención y control
		<i>Teresa Salvador-Llivina</i>
		83
		5. Foro político
		Adicciones, drogas y drogodependientes: resolviendo necesidades
		<i>Leire Pajín Iraola</i>
		107
		7. Recensiones de libros
		109
		8. Cursos y documentos
		131



Revista Salud y drogas

DIRECTOR

José A. García del Castillo Rodríguez
Universidad Miguel Hernández

SECRETARÍA

Cordelia Estévez Casellas
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 Becoña Iglesias
Universidad de Santiago de Compostela.
Juan Vicente Benet Montesinos
Universidad Complutense de Madrid.
Julio Bobes García
Universidad de Oviedo.
Enrique Echeburúa Odrizola
Universidad del País Vasco.
Eliot L. Gardner
Albert Einstein College of Medicine. (USA)
Carl G. Leukefeld
University of Kentucky. (USA)
Gerardo Marín
University of San Francisco. (USA)
Emiliano Martín González
Plan Nacional sobre Drogas. (Madrid)
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'Estric. (Canada)
Jesús Rodríguez Marín
Universidad Miguel Hernández.
Merrill Singer
Hispanic Health Council. (USA)
José Ramón Varo Prieto
Servicio Navarro de Salud.

JEFA DE REDACCIÓN

Susana Fernández Ruíz
Universidad Miguel Hernández

CONSEJO DE REDACCIÓN

Gaspar Cervera Martínez
Hospital Clínico Universitario de Valencia.
Consuelo Guerrí Sírera
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 Ruíz Fernández
Ayuntamiento de Portugalete.
Jesús Sánchez Martos
Universidad Complutense de Madrid.
José Sánchez Payá
Hospital General Universitario de Alicante.
Manuel Sanchís Fortea
Hospital Psiquiátrico de Bétera. (Valencia)
José Solé Puig
Cruz Roja de Barcelona.
Miguel Ángel Torres Hernández
Unidad de Alcoholismo y Toxicomanías
de Torrent. (Valencia)

ÍNDICE

1. EDITORIAL	5
2. CARTAS AL DIRECTOR	9
Drogas y drogodependencias: nuevos retos. <i>Manuel Sanchís Fortea</i>	11
3. ORIGINALES	15
El consumo de drogas inyectadas en México: apuntes de las últimas dos décadas. <i>Nivaldo Linares Pérez</i>	17
Identidad de género y abuso de drogas. Estudio de las características del uso de drogas ilegales entre las mujeres en la comunidad valenciana. <i>Agurtzane Castillo Aguilera, Juan José Llopis Llacer</i> <i>Montse Rebollida Gómez, Cesáreo Fernández, Teresa Orengo</i>	37
Eficacia de los programas de prevención escolar de drogas con metodología interactiva <i>José Pedro Espada Sánchez, Ana Isabel Rosa Alcázar,</i> <i>Francisco Xavier Méndez Carrillo</i>	61
4. ARTÍCULOS DE REVISIÓN	83
Tratamiento de tabaquismo y políticas de prevención y control. <i>Teresa Salvador-Llivina</i>	85

ÍNDICE

5. FORO POLÍTICO	107
Adicciones, drogas y drogodependientes: resolviendo necesidades. <i>Leire Pajín Iraola</i>	109
6. RECENSIONES DE LIBROS	125
7. CURSOS Y DOCUMENTOS	131

EDITORIAL

NUEVAS TECNOLOGÍAS Y DROGODEPENDENCIAS: UNA COMBINACIÓN CON BUEN SABOR

La espectacular evolución de las nuevas tecnologías de la información y comunicación ha permitido el desarrollo de distintas aplicaciones de gran utilidad en el campo de las drogodependencias y los trastornos adictivos.

Internet, con su enorme dimensión (sin tener en cuenta el denominado "Internet invisible" que lo multiplicaría de forma exponencial), características propias (gratuito, universal y sin propietario) y las utilidades específicas que pone a disposición del usuario de forma rápida y efectiva, se ha convertido en uno de los avances telemáticos más importantes. Máximo representante de los sistemas de comunicación existentes, ha provocado un gran cambio en la sociedad, desarrollándose las autopistas de la información y el establecimiento de la "Sociedad de la Información".

La World Wide Web, como uno de los principales componentes de Internet, se ha convertido en una abundante fuente de información, para la que se han desarrollado sistemas de búsqueda específicos como el archiconocido "Google". De entre todas las disciplinas existentes, la información sanitaria adquiere una importancia vital y su búsqueda es una de las prácticas más desarrolladas. Ahora bien, no todos los contenidos que se ofrecen por esta vía son de calidad, por lo que existen sistemas de acreditación.

En el ámbito de la formación, la evolución de las nuevas tecnologías ha permitido implantar herramientas de ayuda al sistema educativo tradicional, configurando así un modelo mixto de aprendizaje "blended learning" en el que se combina la formación presencial y virtual.

El campo de las drogodependencias se encuentra reflejado en este nuevo medio de comunicación, información y formación, representado

con gran cantidad de recursos electrónicos procedentes principalmente de instituciones estatales, organismos oficiales, asociaciones, organizaciones no gubernamentales, fundaciones, universidades, centros de formación y páginas personales.

Un buen conocimiento de las distintas aplicaciones y variadas utilidades que ofrece esta nueva vía para el público en general, pero en especial para los profesionales, abre un nuevo mundo de posibilidades que resultaban impensables hace relativamente poco tiempo y que permiten un avance positivo en el estudio de las drogodependencias.

La Red ofrece distintas herramientas de comunicación, la más conocida es la del correo electrónico, pero en la actualidad el usuario dispone de otros sistemas como los foros de discusión, listas de distribución o diversos mecanismos de transferencia de archivos.

En cuanto a la información en drogodependencias, la principal utilidad para la población en general es estar informado y así poder cumplir el lema acuñado por el Plan Nacional sobre Drogas: "Drogas: más información, menos riesgos", mientras que para el profesional, permite una actualización continua de sus conocimientos para aplicar a su práctica diaria.

Los contenidos sobre drogodependencias se enmarcan dentro de la información sanitaria, compartiendo las características que presenta este tipo de información en la Red, pero también sus ventajas e inconvenientes, de manera que en muchas ocasiones se ofrece información sobre este tema sin ningún rigor científico y en algunos casos incluso se fomenta el consumo de drogas. Son necesarios por tanto los sistemas de acreditación de la calidad en el campo de la salud y en terreno de las drogodependencias

El desarrollo de plataformas virtuales en las que se incluyen las principales herramientas de Internet permiten el desarrollo de un entorno propicio para el trabajo colaborativo, la creación de redes de investigación en trastornos adictivos, desapareciendo las distancias geográficas y permitiendo la investigación multicéntrica.

Desde distintas entidades educativas se ha desarrollado esta labor a través de la publicación de textos específicos, se pretende asegurar el suministro de información de calidad en Internet a través de indicadores, y se ha potenciado la formación del alumnado en las nuevas tecnologías y drogodependencias a través de la inclusión de esta materia en el programa de formación y la implantación de plataformas educativas.

Se pretende con este tipo de actividades preparar al profesional en dro-

godependencias para el cambio social producido por Internet y la transformación de la relación asistencial tradicional. Conseguir una alfabetización digital, ayudar a superar la brecha digital, y perder el miedo al monstruo que algunos han calificado como "Interness".

Juan Vicente Beneit Montesinos

*Director del Master Universitario de Drogodependencias
Instituto Universitario de Drogodependencias (UCM)*

*CARTAS
AL DIRECTOR*

DROGAS Y DROGODEPENDENCIAS: NUEVOS RETOS

Manuel Sanchis Fortea

*Dr. en Medicina. Jefe de la Unidad de Desintoxicación Hospital
Psiquiátrico de Bétera*

Desde el análisis y la revisión de las políticas de drogas en los últimos años, y más concretamente en España desde la entrada en vigor, en 1985, del Plan Nacional sobre Drogas, se ha producido un cambio brusco en la percepción social del fenómeno del consumo de drogas y de las drogodependencias. Quizás el más significativo reside en la concepción de las adicciones como una enfermedad y, por tanto, en el reconocimiento de que los pacientes son subsidiarios de la correspondiente atención socio-sanitaria. En este sentido, la aceptación cada vez mayor de las denominadas políticas de reducción de daños se considera como el objetivo prioritario; ya que, si por una parte, tienden a minimizar los problemas de salud que se asocian al consumo, por otra, intentan mejorar la calidad de vida de los pacientes. Todo ello sin desmerecer el objetivo ideal de la abstinencia total y del consecuente aumento o estabilización en su calidad de vida.

Qué duda cabe, que el contexto social de los patrones de consumo, como expresión del modelo de sociedad, se mueve aceleradamente. A nadie se le escapa, por ejemplo, que las actuales formas en la ingesta o la tipología de los adictos han variado con relación al inicio de la pandemia de drogas. Lo que sirvió para el alcohol o para la heroína puede no ser válido hoy para las formas de consumo de bebidas alcohólicas o para las sustancias estimulantes; o bien, asimismo es de todos conocido que los graves problemas sociales, familiares- la violencia de género es un buen ejemplo- y de salud pública asociados al consumo no requieren la catalogación del usuario como drogodependiente.

Desde este posicionamiento de arranque, se debe avanzar cualitativamente en las políticas de drogas y adicciones. Para ello, todas las intervenciones que se realicen en este sentido deben estar dirigidas a la obtención de la libertad individual y colectiva, a través de políticas de información, educación ciudadana y eliminación, en lo posible, de las

condiciones y situaciones de vulnerabilidad. Este planteamiento implica, que todas las estrategias que se desarrollen en materia de drogas estarán enfocadas en una consideración integral de las personas, con independencia de sus circunstancias sociales y de consumo, procurando una mejora en su calidad de vida y previniendo, al mismo tiempo, situaciones que hasta el momento han desembocado en exclusión social.

Admitiendo que, desde esa libertad individual, nos encontraremos con decisiones que van desde la abstinencia hasta la relación destructiva con las drogas, nuestras respuestas deben ir encaminadas a implantar estrategias de promoción de la salud a la población general, informando a los consumidores para que no sufran las consecuencias negativas de las sustancias, protegiendo a los menores y prestando atención socio-sanitaria —en el sentido amplio del término: prevención, asistencia, integración— a aquellas personas que ya sufren las consecuencias negativas de las drogodependencias.

Como quiera que sea, independientemente de que las drogas sean la causa o el efecto, tenemos nuevos retos que plantean incertidumbres y requieren nuevas ideas, nuevos modelos y nuevas propuestas sobre las que fundar un nuevo consenso social en el que debe basarse las políticas en el ámbito del consumo de sustancias y de las drogodependencias. Este nuevo consenso tiene que servir para consolidar el nivel de protección alcanzado, asumir nuevas iniciativas para mejorar la calidad de vida y afrontar decididamente la lucha contra toda forma de exclusión social.

Pero a diferencia del abordaje de otras problemáticas sociales, las drogodependencias en la mayoría de los casos, debido al estatus legal de las sustancias, necesita de una reflexión distinta. Las consecuencias que ocasionan las drogas, podríamos enmarcarlas en dos ámbitos bien diferenciados, por un lado la política criminal, y por otro, la atención socio-sanitaria. Presentan dos escenarios bien distintos: los narcotraficantes y los drogodependientes. Los primeros serían los beneficiarios de las drogas y los segundos las víctimas.

Aunque las actuaciones en el área de “control de la oferta” no son de competencia autonómica, y sin querer minimizar las estrategias de lucha contra el narcotráfico, los esfuerzos realizados en este ámbito, no deben superar nunca a los que se realicen en la reducción de la demanda. No podemos permitir que el narcotráfico marque las políticas de drogodependencia a nivel internacional. Es un hecho el que cada día contamos con más droga incautada pero a su vez y en el marco de la salud, hay muchas personas que todavía fallecen por dosis inadecuadas y por una

errónea manipulación de la sustancia. En este sentido, no cabe duda, que la realidad sociológica está demostrando que si los hábitos de salud están mejorando con medidas informativas y preventivas y no represivas: ¿no será que la política criminal debe aprender del modelo socio-sanitario?

Además de avanzar en las estrategias socio-sanitarias en drogodependencias, es necesario en estos momentos para complementar esta perspectiva, que “reabramos” el debate sobre la legalización o no, de las sustancias, en el marco de la Unión Europea. En definitiva, aportar una dosis de sensatez y tolerancia que permita afrontar, con mayor rigor y garantías de éxito, la inevitable convivencia con las drogas y la necesaria resolución de algunos conflictos asociados.

Es necesario, asimismo, incorporar a nuestras políticas de actuación a las nuevas adicciones que se están produciendo en nuestra sociedad, tales como la ludopatía, y que en muchos casos llevan a personas socialmente integradas a situaciones de exclusión.

Finalmente, dada la especificidad del consumo “cultural” de bebidas alcohólicas creemos conveniente el diseño de un Plan específico consensuado de actuación sobre esta materia, que, sin estar al margen de las medidas expuestas en el campo del resto de drogas, posibilite una respuesta eficiente y eficaz, de acorde con las Políticas Europeas en vigor.

Mayo 2003

ORIGINALES

EL CONSUMO DE DROGAS INYECTADAS
EN MÉXICO: APUNTES DE LAS ÚLTIMAS
DOS DÉCADAS

INJECTED DRUGS CONSUMPTION IN MEXICO:
NOTES FOR THE LAST TWO DECADES

Dr. Nivaldo Linares Pérez

*Doctor en Medicina. Especialista en Epidemiología y Maestro en Ciencias
Consultor en Epidemiología. Representación OPS/OMS en México.*

RESUMEN

Objetivo: Revisar los aspectos epidemiológicos relevantes de investigaciones nacionales sobre consumo de heroína y cocaína en las dos últimas décadas, haciendo énfasis en la frontera norte de México.

Material y Método: Se realizó una consulta automatizada, previo diseño teórico de búsqueda bibliográfica de trabajos sobre el tema. Se encontraron 72 materiales y tras una cuidadosa selección, quedaron 59, recuperando 83% de ellos. Para su análisis se diseñó una matriz de variables cualitativas y cuantitativas y se procesó en Excel para Windows 2000. **Resultados:** Sin ser un fenómeno reciente, el consumo de heroína esta alcanzando en últimas fechas proporciones considerables y diversas fuentes de información marcan esta tendencia, sobre todo en el norte del país. Asimismo el consumo de cocaína es cada vez mayor y se extiende por todo el territorio nacional en proporciones cada vez mayores según lo muestran diferentes indicadores.

Comentarios: El panorama epidemiológico del consumo de heroína y cocaína es alarmante por sus repercusiones en lo individual, familiar y

social y representa un reto principalmente para la planificación y funcionamiento de los servicios de salud en México.

Palabras claves: cocaína, heroína, drogas intravenosas, frontera norte.

SUMMARY

Objective: To review the relevant epidemiological aspects of national research regarding consumption of heroin and cocaine over the last two decades, with emphasis on the northern border of Mexico.

Materials and Method: An automated consultation was carried out after the theoretical design of a bibliographic search for works related to the subject. 72 papers were found of which 59 were chosen after a careful revision representing 83%. For the analysis a matrix of qualitative and quantitative variables was designed and processed with Excel, Windows 2000.

Results: Although the consumption of heroin is not a recent phenomenon, over the last few years it has reached such high proportions, especially in the north of the country, as many different sources of information indicate. Likewise, the consumption of cocaine is ever-growing and spreading throughout the country the same proportions, as show by several indicators.

Observations: The consumption prevalence of both heroin and cocaine is alarming because its tremendous impact on the individual, the family and the society and it represents a challenge for the Mexican Health Services, particularly in planning and management.

Key words: cocaine, heroin, intravenous drugs, northern border.

INTRODUCCIÓN

La mayor parte de los estudios epidemiológicos sobre consumo de drogas realizados en México hasta la fecha, señalan claramente que los patrones de uso de las diferentes drogas, a lo largo del tiempo, han registrado cambios notables, con una tendencia a incrementar el consumo (Cravioto, P, 2000) (Medina-Mora, M.E et als, 2000). A pesar de que las prevalencias nacionales de uso de sustancias inyectadas como la cocaína o la heroína son aún muy bajas, éstas han ido aumentando de manera importante en los últimos 10 años, lo que presupone un incremento también de las enfermedades y lesiones relacionadas con la mortalidad asociada al uso de estas drogas, sobre todo en las grandes ciudades de la frontera norte del país, históricamente caracterizada por un mayor riesgo para el consumo de drogas, debido entre muchos otros aspectos, a su estratégica ubicación geográfica con el país de mayor consumo de drogas en el mundo: Estados Unidos de Norteamérica.

Los esfuerzos desarrollados en investigación sobre el consumo de drogas y sus consecuencias en el país en los últimos treinta años, muestran un panorama mucho más amplio del comportamiento epidemiológico de este fenómeno, permitiendo tener aproximaciones cada vez más reales de su situación actual y tendencias futuras. El uso de drogas inyectadas es uno de los tópicos menos estudiados desde la vertiente epidemiológica si lo comparamos con otros aspectos estudiados durante estos años, sin embargo, las investigaciones realizadas dejan ver un panorama más o menos claro de cómo ha venido evolucionando el consumo de drogas intravenosas en México, así como cuales lugares y poblaciones tiene esta práctica. En consecuencia, el presente trabajo pretende revisar aspectos relevantes aportados por la investigación nacional sobre el comportamiento epidemiológico del consumo de la heroína y la cocaína, tratando de evidenciar sus orígenes, evolución, tendencias y situación actual, destacando especialmente el panorama exhibido por la frontera norte del país durante las últimas dos décadas.

Teniendo en cuenta las metodologías, diseños y técnicas de investigación desarrolladas en México para el abordaje del consumo de drogas y sus consecuencias, la síntesis e interpretación de los datos que se presentan fueron el resultado de un análisis de integración de los datos contenidos en diversas fuentes de información nacional y local, así como un conjunto de estudios epidemiológicos y sociales realizados en el país y en particular en la franja fronteriza norte durante los últimos años, de mane-

ra que pueda conocerse el incremento y extensión del consumo de estas drogas en México.

Se revisaron datos aportados por los primeros estudios que documentan el consumo de la heroína en diversas ciudades e instituciones del país en la primera mitad del siglo XX; los resultados mostrados por las primeras encuestas de hogares llevadas a cabo desde los años setenta por el entonces Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP); los reportes dados a conocer por el Sistema de Registro de Información en Droga (SRID) de esa misma institución desde inicios de los ochenta; los datos aportados por los primeros estudios hechos por los Centros de Integración Juvenil (CIJ) y posteriormente alimentados por su sistema de información en centros de tratamiento; los resultados del capítulo "Drogas" de las tres encuestas nacionales de adicciones (ENA) realizadas en el país entre 1988, 1993 y 1998 por instituciones de la Secretaría de Salud encabezadas por la Dirección General de Epidemiología (DGE); así como datos reportados desde 1991 por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) de esta institución y las investigaciones de tipo cuantitativas y cualitativas en torno al consumo de drogas, particularmente en la frontera norte del país durante las últimas tres décadas.

La metodología empleada para la selección, tanto de las fuentes de información, como de las investigaciones específicas, partió de la consulta automatizada de las bases de datos disponibles en los Centros de Documentación del IMP, la DGE, el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y la SSA, previo diseño teórico de la propuesta de búsqueda bibliográfica usando de manera independiente o combinada palabras clave, autores y títulos de trabajos sobre el tema. El resultado, de las búsquedas arrojó un total de 72 materiales a consultar, los cuales se seleccionaron con los siguientes criterios: a) datos sobre el consumo de heroína, cocaína, speed ball¹ o cualquier otra droga de uso intravenoso; b) investigaciones realizadas México entre el año de 1900 y el 2001 publicadas o expuestas en eventos o foros de investigación y c) trabajos que fueran recuperables para su análisis por los investigadores. Bajo estos criterios fueron seleccionados 59 materiales, pudiéndose recuperar y revisar el 83% de ellos. Finalmente, el análisis fue organizado a tra-

1 Nota que dan los usuarios de drogas a la mezcla de heroína y cocaína utilizada por vía intravenosa.

vés de la formulación de una matriz de variables cualitativas y cuantitativas de acuerdo a los criterios descritos y fueron capturadas y procesadas en Excel para Windows v. 2000.

CONSUMO DE LA HEROÍNA

El consumo de heroína en México muestra, a través de registros históricos que se ha documentado su consumo desde 1920, cuando Renero en 1925 estudia a 537 usuarios de lo que él llamó "drogas heroicas" (heroína, morfina, cocaína y opio) en un hospital psiquiátrico y en una cárcel, ambos ubicados en la Ciudad de México (Unikel, C et als, 1997). Sin embargo no se cuenta con registros entre la década de los años cuarenta y los inicios de los setenta, fecha en que inician las investigaciones epidemiológicas con la aplicación de las primeras encuestas. Estos estudios señalan índices bajos de consumo de heroína, con excepción de las ciudades de la frontera noroccidental, en donde el consumo aparentemente era importante.

Entre 1974 y 1986, se estudiaron siete ciudades con el propósito de conocer diferentes características y riesgos para el consumo de drogas y otras sustancias psicoactivas. Así vemos que para las ciudades de La Paz y Mexicali en el estado de Baja California, el 0.4% y 0.2% de la población urbana entre 14 y 64 años respectivamente, reportó consumo de heroína (Medina-Mora, ME, 1978) (Castro, ME et als, 1986)(Terranova, GG et als, 1979)

En la década de los ochenta, un estudio realizado por Centros de Integración Juvenil (CIJ), en internos de 15 penales distribuidos, desde Baja California hasta Yucatán, notificando que el uso de heroína solamente se presentaba en cárceles de la región noroccidental del país, ubicadas en los estados de Sonora, Sinaloa, Baja California y Baja California Sur (Centros de Integración Juvenil, 1989). La proporción de pacientes atendidos en esta región que reportaron uso de algún narcótico era cinco veces superior que en aquellos ubicados en otros estados fronterizos (sin incluir Tamaulipas) y diez veces mayor al reportado en la región centro del país, mientras que en la región sur no se detectó uso de heroína (Secretaría de Salud, 1998)

Asimismo, durante esos años, empiezan a desarrollarse otros estudios a través de la aplicación y/o adaptación de métodos y técnicas de investigación de tipo cualitativo en poblaciones específicas denominadas marginales, "ocultas" y de alto riesgo como es el caso de los niños que trabajan en las calles, las mujeres, etc., con el fin de conocer aspectos psico-

lógicos y sociales asociados al consumo de ciertas drogas, en especial de la cocaína, tanto en la Ciudad de México como en otras ciudades del país; sin embargo en ningún caso, estas investigaciones contemplaron a la heroína como objeto de estudio (Ortiz et als, 1998).

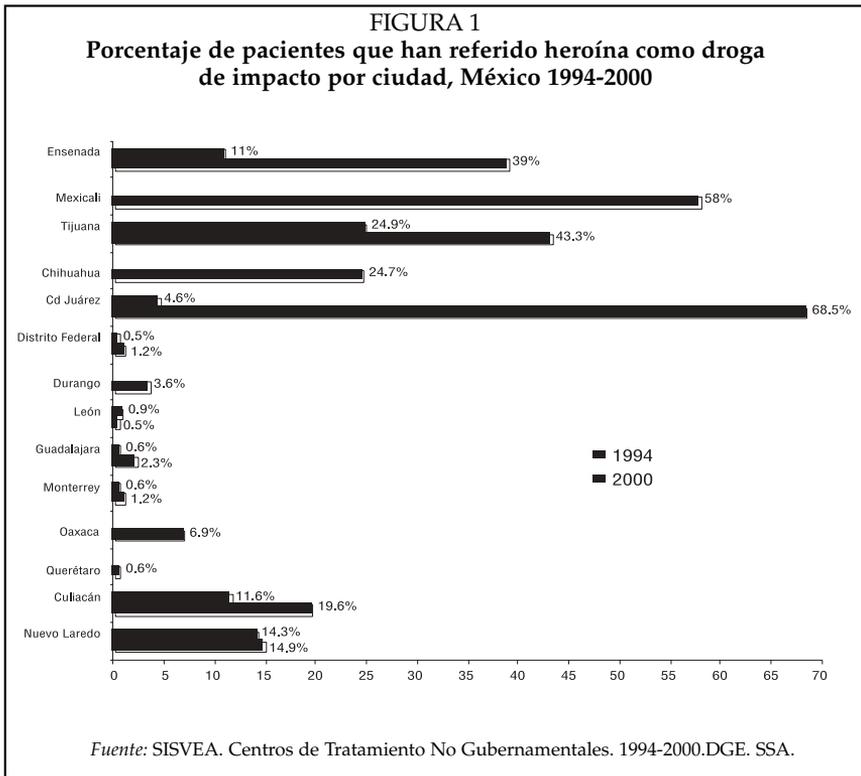
En 1988, la Dirección General de Epidemiología (DGE) y el IMP realizaron la primera encuesta nacional de adicciones en población urbana de 12 a 65 años, ocasión en que se documentó una prevalencia de 0.11% de individuos que han usado heroína alguna vez en la vida, con un predominio de casos en la población masculina (0.22%). Para ese mismo año la región noroccidental del país presentó la mayor frecuencia de consumo de este tipo de droga al reportar 0.78% y en la región nororiental 0.47% (Tapia-Conyer, R et als, 1991).

En los inicios de los años noventa, el desarrollo de la epidemiología específicamente con relación a la vigilancia epidemiológica, llevó a la DGE a instalar el primer sistema nacional de vigilancia del consumo de drogas, denominándolo Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), con el objetivo de recopilar información de centros de tratamiento (Centros de Integración Juvenil-CIJ y de Organismos No Gubernamentales-ONG), servicios de urgencia, servicios médicos forenses, consejos tutelares de menores y aquella relacionada con delitos contra la salud, operando actualmente en 25 ciudades del país (Tapia-Conyer, R et als, 1991).

Entre 1991 y 1992 datos procedentes del SISVEA de los CIJ señalan que la heroína como droga de impacto² aportaba pocos casos (alrededor de 130) distribuidos principalmente en Baja California (23%) y Chihuahua (8%). Sin embargo, no es hasta 1994 cuando el SISVEA reporta un mayor número (entre 200 y 600 casos) de usuarios de heroína que llegan a los centros de tratamiento de los organismos no gubernamentales (ONG's), ubicados en Tijuana (25%), Nuevo Laredo (14%), Culiacán (12%) y Ciudad Juárez (4.6%) principalmente (Secretaría de Salud, 1992). Sin embargo cabe resaltar que en ésta última ciudad el incremento por demanda de tratamiento ha sido impresionante alcanzando para el 2000 cifras del 68.5% (Figura 1).

En 1993 la DGE/SSA lleva a cabo la segunda encuesta nacional de la cual incluyó un estudio específico en cuatro ciudades de la zona norte. Desde la perspectiva nacional, la encuesta señaló que la mayoría de quie-

2 Droga por la que demanda tratamiento el usuario de drogas.



nes alguna vez usaron heroína lo hicieron entre los 24 y 28 años, además de haber estudiado primaria y de haber tenido un empleo. En la frontera norte la prevalencia de uso a esta droga fue también baja, con porcentajes de consumo menores al 1% y solamente en Tijuana y Ciudad Juárez (Secretaría de Salud, 1993)

Entre los años de 1993 y 1997, el SISVEA mostró un marcado incremento del número de usuarios de heroína que solicitaban tratamiento en CIJ, siendo superiores a 200 los casos notificados por año. Durante este período, más del 50% de los registros del sistema pertenecían al estado de Baja California, seguido por Chihuahua y Sinaloa, no obstante, comenzaban a observarse registros procedentes del Distrito Federal, Jalisco y el Estado de México.

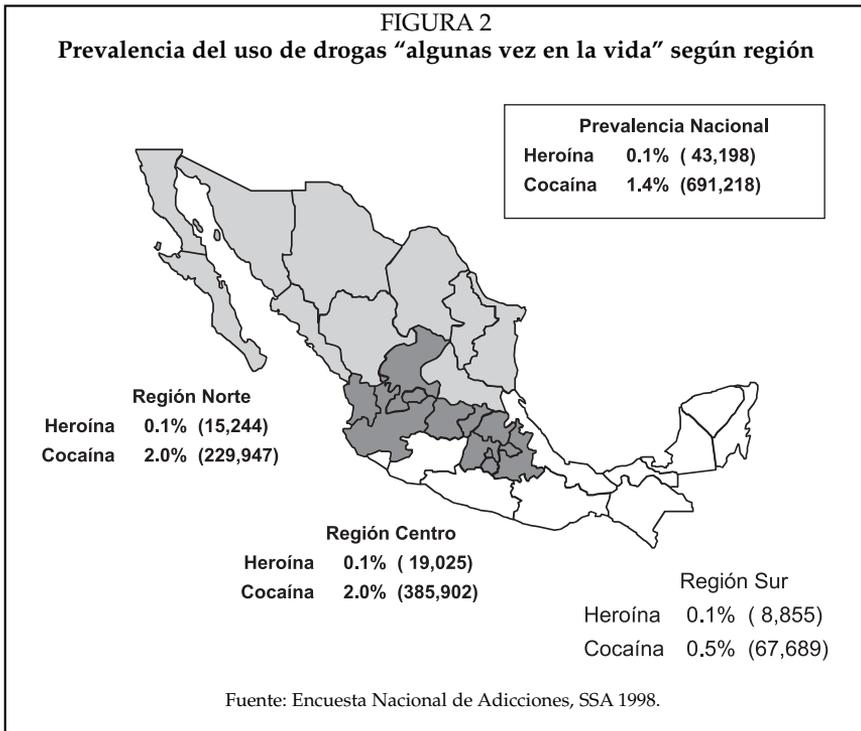
Al analizar los datos, de las ONG's, el número de usuarios de heroína que demandaron atención en estos centros de tratamiento, superó los 1000 casos por año entre 1996 y 1997, siendo las ciudades de la frontera norte las de mayores porcentajes. Así observamos, que Tijuana entre 1995 reportó el 70% de los casos y para 1997 el 35%, reducción que se experimentó a expensas de que ese último año Mexicali reportó el 41%, seguido de Ensenada (13%) y Ciudad Juárez (9%) (Secretaría de Salud, 1997).

En 1998 la DGE, el IMP, la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades y el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) de la SSA realizan la tercera encuesta nacional de adicciones. Este estudio mostró que 0.1% de los entrevistados habían usado heroína alguna vez en la vida, mientras que para el último año fue de 0.02%, siendo principalmente varones de 18 a 34 años de edad. Esta encuesta regionalizó al país en Norte, Centro y Sur, encontrando que la región Norte fue la de mayores prevalencias de consumo: 0.12% alguna vez en la vida y 0.02% tanto para el último año como último mes (Cravioto, P et al, 1999) (Figura 2).

Para fines de la década de los noventa, el informe del SISVEA continuaba indicando un aumento constante en la detección de usuarios de heroína en la frontera norte, tanto en los centros de tratamiento de CIJ como de ONG's. Mientras que para los primeros en 1991 tan sólo 0.4% de quienes acudían a tratamiento registraban la heroína como droga de inicio, en 2000 esta cifra fue de 0.2%. Asimismo, para las ONG's, únicamente 1.2% en 1994 de quienes fueron a los centros de tratamiento iniciaron el consumo de drogas con heroína, y para el 2000 se incrementó a 2.9%.

En ese mismo sentido, de acuerdo al reporte de los Consejos Tutelares de Menores del SISVEA, para 1998, 52 jóvenes (0.8%) de los 6,228 detenidos usaron heroína, los cuales eran principalmente hombres (88.2%), con escolaridad básica (52%), empleados informales (42%) y pertenecientes a una banda o pandilla (21%). Más de la mitad de ellos (60%) cometieron un delito, fundamentalmente robo, bajo la influencia de la droga (Secretaría de Salud, 2000). En el reporte de los Servicios Médicos Forenses en 1998 se registraron 9 muertes asociada a opioides, cuyo perfil correspondía a varones, principalmente entre los 40 años (33%). La causa de muerte en la mitad de ellos fue la sobredosis y el sitio de la defunción en un tercio de ellos fue en la calle (Secretaría de Salud, 1998).

Además de la información aportada por las encuestas de hogares y de estudiantes hechas en el país, así como de los sistemas especializados de información, existen otros indicadores que muestran la magnitud del



problema de abuso de drogas y particularmente las de uso por vía intravenosa. Un indicador relevante es el que deriva del índice de casos registrados de SIDA y que han adquirido la enfermedad por ésta vía.

Desde el inicio de la epidemia en 1981 hasta octubre de 1999 el reporte de casos de casos de SIDA alcanzaba los 40,744 casos y al considerar el subregistro de notificación (18%) se estima que puede llegar hasta 64,000, siendo alrededor de 150,000 los portadores del VIH (CONASIDA SSA, 2000). Del total de casos acumulados en el ámbito nacional entre 1993 y 1998, cerca de 449 estuvieron asociados al uso de drogas intravenosas, sin tener en cuenta el subregistro existente (aún no definido) en cuanto al reporte de uso de drogas en los pacientes con este diagnóstico.

Para abril de 1998, de los casos de VIH registrados en el país, sólo el 1.6% eran usuarios de drogas intravenosas, casi la mitad eran varones homosexuales. Si bien el índice es bajo, existe una sobre-representación de casos en los estados de la frontera norte del país; en Mexicali por ejem-

plo, el 15.9% de pacientes enfermos de SIDA reportan ser usuarios de drogas intravenosas, en contraste con el 1% de los casos en todo el país. En otras entidades como Ciudad Juárez existe un subregistro de casos y las cifras pueden ser mucho mayores, ya que según informa un centro de tratamiento para usuarios de drogas intravenosas, solo en este municipio se estima que aproximadamente 9,000 hombres y unas 700 mujeres que se inyectan drogas regularmente pueden potencialmente convertirse en seroprevalentes (CONASIDA SSA, 1998).

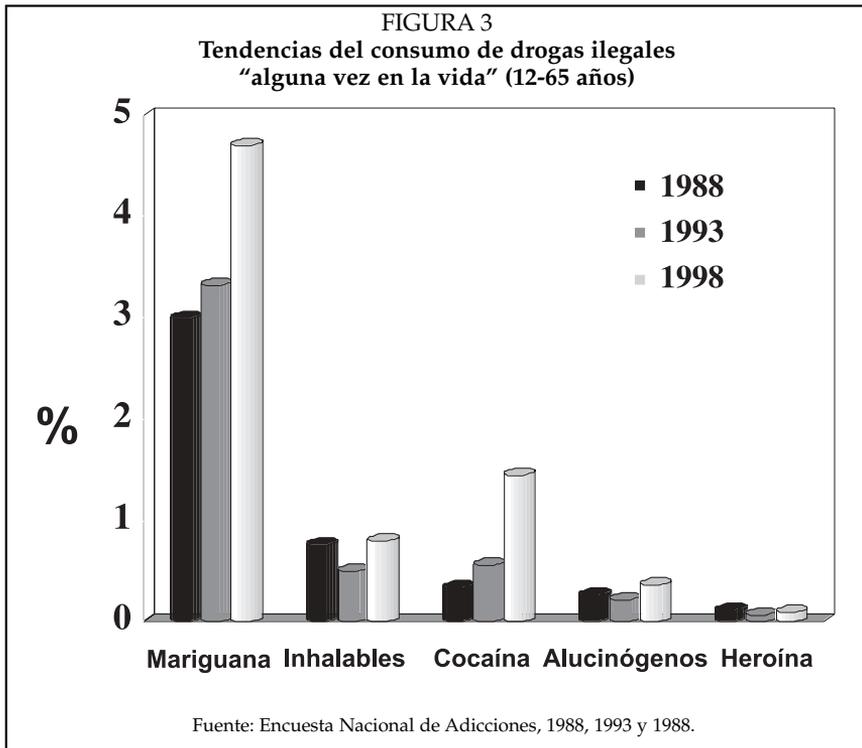
CONSUMO DE LA COCAÍNA

Respecto al uso de cocaína en el país la información data desde principios del siglo XX, pero es hasta los años setenta cuando de manera sistemática se comienza a realizar investigación sobre el problema específico de esta sustancia (Centros de Integración Juvenil, 1989).

En 1976 el IMP y la Secretaría de Educación Pública comenzaron una serie de encuestas en población estudiantil de los niveles de enseñanza media y media superior del país, (1976, 1986 y 1991) y dos en el Distrito Federal (1976 y 1997) (Cravioto, P et al, 1999). El estudio de 1976 encontró que de los estudiantes de enseñanza media y media superior de la Ciudad de México, 0.5% había consumido cocaína alguna vez en la vida, mientras que para 1986 fue del 1.0%. La encuesta de 1991 mostró que el 1.9% de los estudiantes refirieron haber experimentado al menos una vez con cocaína, pero cabe mencionar que en este estudio por primera vez se documentó el uso del *crack*, donde el 0.17% de los entrevistados la consumieron en el último mes anterior a la entrevista (Medina-Mora, ME et al, 1992).

Entre 1986 y 1997 el consumo de esta droga se incrementó más de cuatro veces en el último año para los estudiantes varones. En la encuesta de 1997 esta sustancia alcanzó casi las mismas proporciones de consumo que la marihuana (1.9%), situación muy diferente a la de 1986, en la que el uso de ésta duplicaba al de la cocaína. Durante ese período en las mujeres también se observaron incrementos en el consumo actual de marihuana y cocaína pasando de 0.2% a 0.4% respectivamente (Villatoro, J et al, 1997).

El panorama que muestran las encuestas nacionales de hogares (1988, 1993 y 1998) en su capítulo referente al consumo de cocaína, revelan que la prevalencia total de su consumo en México se sitúa en niveles medios en comparación con otros países, registrándose, no obstante, cada vez más incrementos y tendencias que son preocupantes, al situar a la cocaí-



na y sus derivados junto con la marihuana y los inhalables como las drogas de mayor prevalencia de consumo en el país (*Figura 3*).

De acuerdo con la encuesta nacional de 1988, 0.33% de la población entre 12 y 65 años de edad habían probado cocaína al menos alguna vez en la vida. De estos, la mayoría (86.7%) la utilizaron inhalada, seguidos por quienes la consumieron fumada (12.2%), no siendo reportado el consumo por vía endovenosa entre los participantes. La edad de inicio del consumo de cocaína fue predominantemente entre los 12 y 17 años (45.9%) (Ortiz, A et als, 1998). En 1993 la segunda encuesta nacional mostró que el consumo alguna vez en la vida fue de 0.5% y que la edad de inicio, en el 46.7% se ubicó entre 19 y 23 años (Tapia-Conyer, R et al, 1993). En la última de las encuestas de hogares (1998) se informó que la cocaína consumida al menos alguna vez en la vida mostró una prevalencia de 1.45% pasando a la segunda posición entre las drogas más preva-

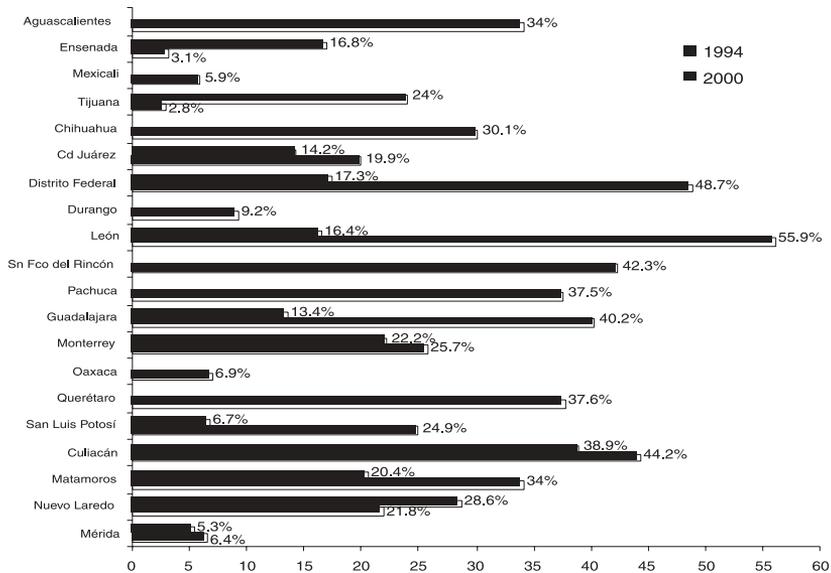
lentes. Asimismo esta encuesta mostró un incremento en la tendencia en el consumo de cocaína, particularmente en las ciudades de la frontera norte del país (Secretaría de Salud, 1998).

Las encuestas de la Frontera Norte de México en 1993 y 1998 encontraron que en dos de las cuatro ciudades estudiadas (Tijuana, Ciudad Juárez, Monterrey y Matamoros), hubo un incremento en el consumo de cocaína y particularmente en Tijuana la prevalencia pasó de 2.8% en 1993 a 4.6% en 1998 y en Ciudad Juárez, de 1.8% a 3.1%. Las edades de inicio de consumo de esta droga en la frontera norte mostraron ser muy tempranas. En Tijuana la mayoría de quienes han consumido cocaína alguna vez en la vida inician el consumo entre los 17 y 18 años (59.7%), y 29% antes de los 12 años y en Ciudad Juárez 65.9% iniciaron el consumo entre los 15 y 16 años (Cravioto, P et al, 1999; Tapia-Conyer, R et als, 1999)

El uso de la cocaína ha mostrado un comportamiento distinto al de años anteriores; de los resultados de los sistemas de información se sabe que, como droga de inicio se ha incrementado 10 veces en el período de 1991 al 2000. Además su perfil se ha modificado y ha dejado de ser una droga consumida principalmente por varones, de estratos socioeconómicos altos y con edades superiores a los 20 años, a una droga utilizada por individuos de todos los niveles socioeconómicos y en edades más tempranas (la edad de inicio en el grupo de 10 a 14 años, así como el de 25 a 29, ha aumentado casi en 10%). Por otra parte, el consumo de la cocaína ha mostrado un incremento en el número de mujeres adictas a este tipo de droga (Secretaría de Salud, 1992; Galván, J et als, 1994; Ortiz, A et als, 1994)

El SISVEA en la relación a la cocaína muestra que en 1991, la mayor proporción de casos se encontraban en el Distrito Federal (45%) y Jalisco (10%), no obstante en la frontera norte de México los estados de Baja California, Chihuahua y Sinaloa en conjunto alcanzaban casi el 15% de quienes acudían a los CIJ por consumir cocaína como droga de inicio. Este mismo indicador creció en 1997 a 11.6% tan solo en el Distrito Federal y 7% en Baja California. La demanda de tratamiento por esta sustancia también aumentó notablemente; pasó de 7.8% de los pacientes en 1991 al 29% en 1997. Para 1998 el perfil de estos es: principalmente varones (89.2%), más de un tercio (38.9%) entre los 15 y 19 años y la mitad con educación media. Dos tercios (66.4%) son solteros, 21.4% son casados y más de la mitad (57%) de estrato socioeconómico medio-bajo. El 47.7% iniciaron el consumo de cocaína entre los 15 y 19 años y más de un tercio la usan una vez por semana (38.9%) (Tapia-Conyer, R et als, 1991; Tapia-Conyer, R et als, 1997; Tapia-Conyer, R et als, 1998)

FIGURA 4
Porcentaje de pacientes que han referido cocaína como droga de impacto por ciudad, México 1994-2000



Fuente: SISVEA. Centros de Tratamiento No Gubernamentales. 1994-2000. DGE. SSA.

Los centros de tratamiento de las ONG´s incluidas en el SISVEA reportan entre 1994 y 1998 una estable como droga de inicio, pero para el 2000 se observa un aumento de casi el doble (3.4% en 1994; 6.7% en 1996 y 6% en 2000). Al analizar la cocaína como droga de impacto, se observa un incremento en el número de usuarios que solicitan tratamiento al pasar de más de 600 casos en 1994 a cerca de 2,900 en el año 2000. En este último año, después de León, Guanajuato (56%) y del Distrito Federal (49%), son Chihuahua (44%), Culiacán (44%), Monterrey (26%) y Ciudad Juárez (20%) las ciudades de la frontera norte que alcanzan mayores porcentajes en este indicador (Secretaría de Salud, 1998) (Figura 4).

El sistema también reporta que la tendencia en el uso de cocaína entre los infractores juveniles va en aumento al registrar 0.3% en 1994, 16.9% en 1998 y 19.1% en el 2000. Los delitos cometidos bajo los efectos de la

droga en este grupo de población pasaron de 3.9% en 1998 a 5.3% en el año 2000. De igual forma el reporte de los servicios médicos forense del propio SISVEA informó que en 1998 las defunciones asociadas al consumo de cocaína fueron 18 (0.2%), aumentando a 29 (0.6%) en el 2000 (Tapia-Conyer, R et als, 1998; Secretaría de Salud, 2000)

Por su parte, el SRID, reporta que en la Ciudad de México para 1997, los usuarios de cocaína representaban el tercer lugar de los casos captados por las instituciones que participan en el sistema (64.2%). El consumo de esta droga se ha incrementado diez veces en relación con su registro inicial (3.9% en 1987 a 39.8% en 1997). Entre las características socio-demográficas de estos sujetos se observó que la mayor parte eran varones (95.2%), entre 20-24 años (27.2%), solteros (59.3%) y la mayoría con un nivel socioeconómico medio-bajo (97.0%). La mayor proporción de ellos inició el consumo entre los 15 y 19 años (41.9%), aunque 3.4% lo hizo antes de los 11 años y 13.7% después de los 30 años (Ortiz, A et als; 1994)

El SRID también reportó que el motivo por el cual ingresaron los usuarios de cocaína a instituciones de salud fue por tratamiento para su farmacodependencia (82.6%), seguido de quienes ingresaron por trastornos mentales (5.8%). La mayoría reportaron que desde su percepción no tenían ningún problema (74.4%) (Ortiz, A et als; 1997). Para 1999 el mismo sistema informó que la droga no médica más frecuentemente registrada fue la cocaína (66.1%) ingresando en su mayoría (71%) para tratamiento por su farmacodependencia. El 5.4% de los usuarios fueron llevados a tratamiento por algún familiar, mientras que 2.5% presentó algún delito del fuero común, principalmente robo y el 4.4% problemas familiares y pleitos. El perfil del usuario de cocaína según el SRID no cambió significativamente del reportado desde 1997 (Ortiz, A et als; 1999).

ESTUDIOS EN LA FRONTERA NORTE DE MÉXICO: APUNTES SELECCIONADOS

Entre 1976 y 1977 Suárez y colaboradores reportaron la existencia de un brote de 800 pacientes que acudieron a tratamiento a Centros de Integración Juvenil (CIJ) de esa ciudad –único centro con unidad de desintoxicación en ese momento-, durante 18 meses, la media de la edad de inicio para el uso de drogas fue 13 años y de 19 años para el inicio de heroína. Del total de los casos estudiados, 55% provenían de Baja California, 6% de Estados Unidos y el 44% restante de otros estados de la República Mexicana. Al analizar los lugares de inicio del consumo de la heroína, 94% de los pacientes señalaron haberse iniciado en Tijuana, 5% en Esta-

dos Unidos y alrededor del 1% en las ciudades de Ensenada y Baja California (Suarez-Toriello, J.E; 1989).

En Ciudad Juárez, Cravioto y colaboradores señalan que a través de observaciones cualitativas realizadas durante los meses de abril a diciembre de 1999 y por medio de revisiones cuantitativas de los registros de datos de los centros de tratamiento existentes en el municipio, se estima que los usuarios de heroína que acuden a tratamiento varía entre un 15% y un 25%, seguidos por los usuarios de cocaína (20%) y más recientemente de speed ball (15%) (Cravioto, P; 2000).

Ese mismo año, observaciones de campo hechas en centros de tratamiento de Ciudad Juárez durante 1999, señalan que individuos de ambos sexos, mayores de 18 años usuarios de heroína admitidos en estos centros entre febrero y marzo de 2000 (73 individuos, de ellos 55 heroínómanos fuertes), describían que en los últimos 5 años la droga más usada era heroína inyectada (84%), seguida de cocaína inyectada (62%) y de marihuana fumada (54%). En el caso de la heroína, la frecuencia de uso en 94% de ellos fue de dos o más veces por día por semana y el 80% de forma diaria en el último mes previo al estudio. El promedio de veces que refieren inyectarse al día varía entre 1 y 15 veces (Linares, N et als, 2000).

Otros estudios han investigado el comportamiento y características del consumo de drogas dentro de los penales ubicados en la región norte del país. La investigación realizada en 1997 en la cárcel de Ensenada, Baja California por profesionales del servicio médico de esta, tenía como objetivo conocer las características sociodemográficas y perfil delictivo de los usuarios de heroína en internos en dicho penal. De esta forma, se estudiaron 150 individuos sentenciados y consumidores de heroína, clasificados como dependientes al cumplir con los criterios establecidos en el DSM-IV. El perfil sociodemográfico de los usuarios de heroína fue: 90% hombres y 10 % mujeres; 65% entre los 18 y 30 años de edad; 61% originarios de Baja California; la escolaridad predominante fue la básica; más de 50% eran solteros o vivían en unión libre y la mayor parte desempeñaba oficios de campo o eran obreros en forma transitoria (Lomelí, G.M; 1994).

Otra investigación también llevada a cabo en prisiones, fue desarrollada por Cravioto y colaboradores en el 2000 en el Centro de Readaptación Social (CERESO) de Ciudad Juárez. En esta ocasión se estudiaron un total de 216 usuarios de heroína (muestra representativa), los cuales reportaron una prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida del 20% de sustancias tales como: marihuana, cocaína y heroína, ésta última

alcanzó una prevalencia en los últimos 6 meses previos al estudio del 23.4%, siendo la droga más usada en el penal (Linares, N et al; 2001).

De acuerdo a los informes de los grupos de vigilancia epidemiológica de drogas en la frontera entre México (SISVEA) y los Estados Unidos de Norteamérica, el Border Epidemiology Work Group (BEWG), ha reportado que el consumo de heroína como droga de inicio ocupa uno de los primeros lugares entre los pacientes que acuden a tratamiento en las ciudades bajo vigilancia epidemiológica por ambos sistemas y es además la droga por la que más demandan tratamiento especializado los usuarios de ambos países. Durante el año 2000 se tiene que entre los centros de tratamiento que más demandan atención por heroína se encontraron: Ciudad Juárez (69%), Mexicali (58%), Ensenada (39%), Chihuahua (25%), Nuevo Laredo (15%) y Nogales (26%) y por el lado estadounidense: Imperial County (37%), Laredo (33.8%), El Paso (32.9%) y San Diego (10.3%) (Secretaría de Salud, 2000).

Por otra parte, un estudio cuyo objetivo fue describir el comportamiento de la mortalidad entre usuarios de drogas intravenosas durante el 2000 en Ciudad Juárez, se encontró que de las 5,366 defunciones reportadas en ese año, en 86 de ellas (1.6%) se confirmó mediante autopsia el uso de drogas intravenosas, sin poderse establecer el tipo de droga. De estas 86 defunciones, 79 fueron hombres, 74% tenían entre 25 y 64 años de edad, 72% algún tipo de ocupación y 36% no contaban con servicio de seguridad social. Al analizar las causas de muerte, los accidentes fueron la primera causa (32.7%) y dentro de ellos el envenenamiento accidental o intoxicación por sustancia (29.1%) la causa más frecuente; el suicidio se presentó en el 8.1% de las defunciones, seguido por homicidios (7%), y enfermedades cardiovasculares (4.7%). El SIDA solo se reportó en dos defunciones (2.3%); el porcentaje restante se distribuyó entre las demás causas de muerte (Secretaría de Salud, 2000).

COMENTARIOS FINALES

Si bien es cierto que en México existe un incremento en las prevalencias de consumo de sustancias, es precisamente en la zona de la frontera norte del país y sus principales ciudades donde se han identificado los mayores incrementos de consumo de drogas intravenosas.

Al observar el panorama epidemiológico del consumo de drogas en general y de manera particular el de drogas inyectadas, -definitivamente mayores hasta el momento en la frontera norte de México-, así como la diversidad de consecuencias que esta práctica puede ocasionar a la salud

individual, familiar y social, se encuentra oportuno promover e impulsar las investigaciones que pretendan profundizar en el conocimiento del problema de manera que se pongan en marcha intervenciones específicas, que si bien, no podrán limitar con efectividad el consumo de sustancias, al menos podrán anticipar los riesgos y consecuencias derivadas del uso de drogas por vía intravenosa.

Los ejercicios de planificación y análisis del funcionamiento de los programas y servicios de salud especialmente orientados al problema del consumo de drogas inyectadas deben ser considerados de alta prioridad en la gestión preventiva y asistencial de la salud, máxime cuando se conocen las consecuencias derivadas del consumo de drogas incluidas las de uso intravenoso, como son los problemas de salud por enfermedad, daños o lesiones y conductas de riesgo asociadas a la práctica del consumo; que es lo que ha llevado al fenómeno de las drogas a ser considerado un problema de salud pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Castro ME, Rojas E, García G, De La Serna J. *Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil. Tendencias en los últimos 10 años*. Salud Mental 1986; 9(4):80-86.
- Centros de Integración Juvenil. *Heroína*. México: CONADIC-CIJ, SSA, 1989; vol.2, tomo 1:75-83.
- CONASIDA SSA. *Situación epidemiológica del SIDA y Situación epidemiológica de las ETS*. Separata de la revista SIDA/ETS 1998; 4(4):1-2.
- CONASIDA SSA. *Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA y otras Enfermedades de Transmisión Sexual: avances y resultados 1997-2000*. Secretaría de Salud, México DF, 2000.
- Cravioto P y Medina Mora ME, comps. *El consumo de drogas en México*. Secretaría de Salud. México 1999.
- Cravioto P. *La magnitud y naturaleza del problema de la heroína en Ciudad Juárez, Chihuahua (Proyecto de tesis-Resultados preliminares)*. Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud. Universidad Nacional Autónoma de México, 2000.
- Galván J, Rodríguez EM, Ortíz A. *Diferencias por género respecto a patrones de consumo y problemas asociados al uso de cocaína: un análisis cualitativo*. En: *Las Adicciones: Hacia un enfoque multidisciplinario*. CONADIC/SSA 1994:65-73.
- Linares N, Cravioto P, Medina-Mora ME, Galván CF, De la Rosa B. *El consumo de la heroína en la frontera norte de México: la magnitud y contexto de la epidemia actual*. En: Simposio Internacional. Encuentro Cuba-México de Psicología y Psiquiatría Clínicas. PSICOCIMEQ 2000; 15 al 19 de mayo; La Habana, Cuba.
- Linares N, Cravioto P y Medina-Mora ME. *Mortalidad por Lesiones de Causa Exter-*

- na y uso de drogas intravenosas en Ciudad Juárez. Presentación en cártel Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias de la Salud. UNAM. México, DF. 22 de octubre de 2001.
- Lomelí GM. *Perfil del farmacodependiente a heroína en una cárcel del Estado de Baja California Norte*. México. <http://www.facmed.unam.mx/publica/revista/19994/Un94-per.htm>.
- Medina-Mora ME. *Prevalencia del consumo de drogas en algunas ciudades de la República Mexicana*. Encuestas de Hogares. Enseñanza e Investigación en Psicología 1978; IV(7):111-125.
- Medina-Mora ME, Rojas E, Olmedo R. *Drug use among mexican student youth*. National Institute on Drug Abuse. *Epidemiologic trends in drug abuse*. In: Proceedings Community Epidemiology Work Group Diciembre, 1992: 483-494.
- Medina-Mora ME, Guillermina N, Borges G, Cravioto, P, Fleiz C, Tapia-Conyer, R. *Del siglo XX al Tercer Milenio*. En: Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. Reunión de Investigación. Instituto mexicano de Psiquiatría; 2000. México, D.F.
- Ortíz A, Rodríguez E, Unikel C, Galván J, Domínguez M, Hernández G. *Tendencias recientes del consumo de cocaína en la Ciudad de México. Algunos aspectos cuantitativos y cualitativos*. En: Las adicciones: hacia un enfoque multidisciplinario. CONADIC/ SSA, 1994:54-64.
- Ortíz A, Soriano A, Galván J, Rodríguez E, González L, Unikel C. *Características de los usuarios de cocaína, su percepción y actitud hacia los servicios de tratamiento*. Supp Salud Mental, 1997; 20:8-14.
- Ortíz A y cols. *Resultados del Sistema de Registro de Información de Drogas 1986-1998*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1998.
- Ortíz A y cols. *Resultados del Sistema de Registro de Información de Drogas 1999*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1999.
- Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Informe Técnico SISVEA, 1992.
- Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 1993 (ENA-93). Tomos tabaco, alcohol y drogas. Dirección General de Epidemiología. México, 1993.
- Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Informe Técnico SISVEA, 1997.
- Secretaría de Salud. *Programa de Prevención y Control de la Farmacodependencia, 1998 – 2000*. México, 1998
- Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Informe Técnico SISVEA, 1998.
- Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Informe Técnico Preliminar SISVEA, 2000.
- Suárez-Toriello, J. E. *Análisis de 800 casos de farmacodependencia a heroína*. En, Heroína, México, CONADIC-CIJ-SSA 1989;2(1):123-137.
- Tapia-Conyer R, Medina-Mora ME, Sepúlveda J, De la Fuente R, Kumate J. *La Encuesta Nacional de Adicciones en México*. Salud Pública Mex 1990; 32(5):507-522.

- Tapia-Conyer R, Cravioto P, Kuri P. y cols. *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones*. México: SSA, 1991.
- Tapia-Conyer R y col. *Encuesta Nacional de Adicciones*. SSA; 1993.
- Tapia-Conyer R, Cravioto P, Kuri P. y cols. *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones*. México: SSA, 1997.
- Tapia-Conyer R, Cravioto P, Kuri P. y cols. *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones*. México: SSA, 1998.
- Tapia-Conyer R y cols. *Encuestas Nacionales de Adicciones: Reporte estadístico*. Secretaría de Salud. México DF, 1999.
- Terranova GG, Medina-Mora ME. *Epidemiología de la farmacodependencia en la ciudad de Mexicali, Baja California*. Cuadernos Científicos CEMESAM 1979;11:45-55.
- Unikel C, Gutierrez R, y Ortíz A. *Consumo de heroína y otros opiáceos en México*. Adicciones 1997; 9(1): 37-48.
- Villatoro J, Medina-Mora ME. *La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Ciudad de México*. Reporte estadístico SEP, IMP; 1997.

Correspondencia:

Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud

Representación de la OPS/OMS en México

Reforma 450 2do y 3er. piso Col. Juárez

Del. Cuahutémoc. CP 06600. México DF. México

Tel.: (52) (55) 52073009 ext. 129

Fax: (52) (55) 52072964

E-mail: nlinares@mex.ops-oms.org

IDENTIDAD DE GÉNERO Y ABUSO DE DROGAS.
ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL USO DE
DROGAS ILEGALES ENTRE LAS MUJERES EN LA
COMUNIDAD VALENCIANA¹

Dña. Agurtzane Castillo Aguilera¹, Dr. D. Juan José Llopis Llacer²,
Dña. Montse Rebollida. Gómez³, D. Cesáreo Fernández Gómez⁴,
Dra. Teresa Orengo⁵

¹Psicóloga, IREFREA. *Socidrogalcohol*; ²Universitat Jaume I. *Socidrogalcohol. Unidad de Conductas Adictivas Área 02*; ³Psicóloga, IREFREA, *Asociación AVANT. Socidrogalcohol*; ⁴Psicólogo Investigador IREFREA;
⁵Unidad de Conductas Adictivas, Valencia.

RESUMEN

Introducción: La escasez de estudios que analizan la relación entre género y adicción ha contribuido a definir un sesgo en el diseño y aproximación a las toxicomanías: el llamado sesgo de masculinización del perfil de los adictos. La especificidad de la adicción entre las mujeres no es tenida en cuenta en ninguno de los distintos enfoques del fenómeno adictivo.

Objetivos: Conocer las características de las mujeres adictas a drogas ilegales que demandaron tratamiento en los centros públicos de la Comunidad Valenciana durante 2002.

1 Investigación desarrollada por Socidrogalcohol en la Comunitat Valenciana. Subvención de la Direcció General de Drogodependències. Conselleria de Benestar Social. BI 13/02 Generalitat Valenciana.

Metodología: Estudio epidemiológico transversal de una muestra de 50 mujeres adictas policonsumidoras cuyas drogas principales de consumo son los opiáceos o los psicoestimulantes con análisis descriptivo de los resultados.

Resultados: Las mujeres adictas estudiadas presentan características que las diferencian sustancialmente de los hombres adictos: precariedad económica y laboral, elevada incidencia (muy superior a la esperada de V.I.H, Hepatitis ETS, porcentajes elevados de abortos y alta incidencia de intentos de suicidio y malos tratos.

La pareja masculina adicta es determinante como motivación al consumo, como efector directo de ese consumo y también como factor de recaída. Así mismo es el principal actor de los malos tratos recibidos por la mujer toxicómana. .

El embarazo tiene una repercusión positiva sobre la adicción ya que provoca un descenso en el consumo o el inicio del tratamiento.

Palabras Clave: Drogodependencias, Identidad de Género, Mujer , Embarazo.

INTRODUCCIÓN

La adicción a droga entre las mujeres es una patología que ha tenido baja repercusión en la investigación en drogodependencias. Con toda probabilidad la escasa productividad científica en este tema no es debida a una falta de interés de los investigadores, sino a la dificultad para conseguir muestras lo suficientemente importantes como para poder estudiar con un mínimo de representatividad la incidencia y características de la drogodependencia en el sexo femenino. (Allen, K., 94).

Lo habitual ha sido estudiar poblaciones clínicas mixtas en las que predominan los hombres con tan baja representación de mujeres que sus datos acaban perdiéndose entre los intrincados procedimientos de análisis estadístico de las variables siendo, finalmente, despreciados por no alcanzar significación estadística. Si analizamos los datos tanto de las últimas memorias del PND como del Observatorio Europeo de la Droga vemos que la representación de mujeres entre las muestras de drogodependientes no supera en el mejor de los casos el 20%, siendo en muchos países inferior al 17% (PND, 02;OEDT 01).

Este es un sesgo que en anteriores investigaciones hemos denominado

“Efecto de Masculinización del perfil del adicto” (Llopis, J.J, Rebollida, M. 02). El resultado es la difusión de un perfil del adicto que se corresponde exclusivamente con el del adicto de sexo masculino. A partir de ahí el diseño de programas de prevención y también de intervenciones terapéuticas no tiene en cuenta las características de la mujer drogodependiente con lo que la eficacia de estas intervenciones queda muy limitada al no contemplar los aspectos diferenciales del género. Estas circunstancias ya fueron señaladas por el informe del NIDA de 1994: *“Women and drug abuse”*, y posteriormente han venido siendo constatadas en diferentes trabajos Internacionales: Blume, S.B. (1994); Lye, D.; Waldron, I. (1998); Stocco et al (00).

Ya hace más de 30 años los primeros autores en estudiar a las mujeres toxicómanas señalaron el papel homogeneizador de la adicción *“Previamente al consumo de drogas existen diferencias de actitudes y conductas entre géneros, pero la droga en si misma es un gran homogeneizador de puede ser la causante de muchas de las características uniformes de los adictos”*. (Ellinwood et al 1966). De acuerdo con esta afirmación posiblemente las diferencias de género son marcadas antes del inicio de la adicción y durante la evolución de la misma. La cronicidad y el estilo de vida ligado a la drogodependencia serían factores que actuarían homogeneizando el perfil de las adictos/as.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

En nuestro constructo teórico partimos de la Hipótesis de la diferencia de género en el desarrollo de la adicción en relación a las mujeres. Las circunstancias socioculturales y las relaciones personales en que se desarrolla la adicción a drogas en la mujer revisten diferencias significativas respecto del hombre adicto. Esas diferencias en el desarrollo de la adicción confieren una mayor gravedad tanto a nivel de salud como en el ámbito laboral y familiar, por lo que es necesario tenerlas en cuenta a la hora de diseñar programas de tratamiento y especialmente de prevención en el ámbito de las drogodependencias.

OBJETIVO GENERAL

Pretendemos conocer las características diferenciales que presenta el desarrollo de la adicción en las mujeres describiendo aquellos factores con especial importancia en su inicio, mantenimiento y en las consecuencias a diferentes niveles

El conocimiento de estas características junto con una futura revisión de los diversos programas de intervención en los que ha sido atendida la población femenina adicta permitirá proponer premisas y modelos que mejoren los aspectos preventivos de la adicción teniendo en cuenta la idiosincrasia del género, reducir las consecuencias del consumo de drogas en las mujeres e incrementar, al mismo tiempo, la eficacia de los tratamientos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las características del abuso/dependencia de drogas entre las mujeres que demandan tratamiento en la red asistencial de la Comunitat Valenciana.
- Describir los factores que acompañaron al inicio y posterior desarrollo de la conducta adictiva en la mujer.
- Obtener una aproximación a el grado en el que la adicción repercute en las diferentes áreas (laboral, sentimental, maternidad, legal, familia, salud física...).
- Identificar el perfil de la mujer adicta a drogas.
- Elaborar un informe final que se distribuya entre los diferentes estamentos de gestión de drogodependencias y servicios que intervienen en este campo para redundar en una mejora de las intervenciones con mujeres adictas.

MUESTRA

La población diana en el trabajo de campo son mujeres consumidoras de drogas ilegales con edades comprendidas entre los 18 y 40 años que realizan demanda de tratamiento en las U.C.A.s de la Comunidad Valenciana durante el año 2002:

- Mujeres con consumo de opiáceos que reciban tratamiento por abuso o dependencia.
- Mujeres consumidoras de psicoestimulantes (cocaína o anfetaminas y derivados) con problemas de abuso o dependencia.
- Mujeres politoxicómanas que demandan cualquier modalidad de tratamiento.

Tamaño de la muestra: determinado teniendo en cuenta las hipótesis a contrastar y los requisitos necesarios para alcanzar un poder estadístico adecuado en base a la representación de población femenina en las muestras de drogodependientes (de 1:4 a 1:6). Se estima una muestra total con un tamaño mínimo de 50 sujetos para el estudio de campo.

METODOLOGÍA

Estudio epidemiológica de tipo transversal con selección aleatoria de la muestra dentro de la población femenina atendida en unidades de conductas adictivas de la Comunidad Valenciana. Con los resultados obtenidos hemos realizado un análisis descriptivo estadístico.

La Variable de Selección: mujeres de 18 a 40 años con diagnóstico de abuso/dependencia a sustancias ilegales que demandan tratamiento.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

La Muestra se compone de cincuenta mujeres seleccionadas al azar entre aquellas con abuso de sustancias que solicitaron tratamiento en las Unidades de Conductas Adictivas de Castellón, Valencia, Manises, Xativa, Alcoi, Denia y Alicante.

La Edad Media de la muestra es de 27 años, con valores que oscilan entre los 18-39 años.

VARIABLES SOCIOLABORALES

En cuanto al Nivel Educativo encontramos que en su mayoría no tienen cualificación académica superior. En los porcentajes acumulados se puede observar que algo menos de la mitad de la muestra posee como máximo el Graduado Escolar y el 20 % únicamente finalizó estudios primarios . En orden ascendente, se observa que el 77,1% de la muestra no ha finalizado educación secundaria (Bachillerato / F.P. II), siendo la representatividad de estudios superiores (C.O.U., F.P. II, Diplomaturas/Licenciaturas universitarias) del 17,2%.

En la población femenina de la Comunidad Valenciana también predominan los niveles educativos más bajos con los mayores porcentajes en Estudios Primarios (38,8%) y Sin Estudios (C. SANIDAD 02). Respecto de las demandas de tratamiento a nivel de todo el Estado Español durante el 2000 la distribución porcentual es similar a la de nuestra muestra pero con mayor porcentaje en aquellos que no obtuvieron el graduado escolar (50,1%) (PNSD 02).

NIVEL EDUCATIVO DE LA MUESTRA. Tabla n° 1

	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Primarios	20,0	20,0
G.Escolar	25,7	45,7
Sin finalizar EGB / BUP / ESO	11,4	57,1
Sin finalizar COU / FP	11,4	68,6
FP1	8,6	77,1
COU / FP2	11,4	88,6
Inició est. universitarios	2,9	91,4
Licenciada / Diplomada	2,9	94,3
Otros	5,7	100,0
Total	100,0	

Valorando las redes sociales de la adicta, en lo que respecta al Estado Civil la mitad de la muestra es soltera, llamando la atención que tan solo el 4% estén casadas así como el alto porcentaje de rupturas legales de la relación matrimonial (24% separadas). El 12% percibe su situación de convivencia con pareja como una relación estable equiparable al rango de Estado Civil.

ESTADO CIVIL. Tabla n° 2

	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Casada	4	4
Separada / divorciada	24	28
Soltera	52	80
Con pareja	12	92
Viuda	4	96
Otra situación	4	100,0
Total	100	

El Núcleo de Convivencia se sitúa en el domicilio paterno en el 45% de los casos (recordamos que la media de edad muestral es de 27 años), y algo más de la tercera parte de ellas vive con la pareja. Este dato que parece incongruente con los hallados en ítem anteriores, lo que muestra es la tendencia de las mujeres adictas a establecer relaciones de pareja aunque ellas mismas no las consideren como relación estable y por lo tanto no lo conciben como su estado civil lo que es determinante en cuanto a la percepción de futuro en las relaciones afectivas y el apoyo que de éstas se deriva. Por otra parte debemos tener en cuenta el sesgo que, tanto a nivel social como legal ofrecen en nuestra sociedad los conceptos de pareja de hecho frente a estado civil (*Gráfica n° 1*).

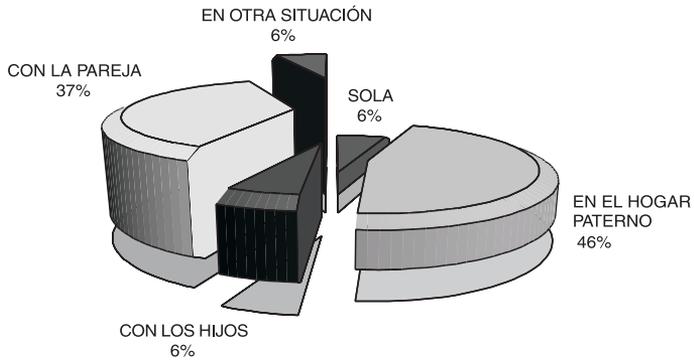
En cuanto a su Situación Laboral, tan solo un 30% de la muestra la define como estable, un 37% de las encuestadas alterna periodos de estabilidad laboral con periodos precarios y una cuarta parte la califica simplemente de precaria. Si comparamos con los datos del informe de el O.E.D. referido a demandas de tratamiento en el año 2000, la representación de una situación laboral que podríamos considerar estable alcanza el porcentaje es del 35,9, ligeramente superior a nuestros resultados (31,4%).

Donde las diferencias son llamativas y también reveladoras es en el apartado de situación laboral muy precaria en la que nuestros resultados son tres veces superiores al 8,1% de adictos en situación de desempleo y sin trabajo previo que iniciaron tratamiento en el año 2000 en España (PNSD 02). En este punto cabe destacar que la mitad de aquellas que califican su situación como precaria, atribuyen dicha condición a su toxicomanía (*Gráficas n°2 y n°3*).

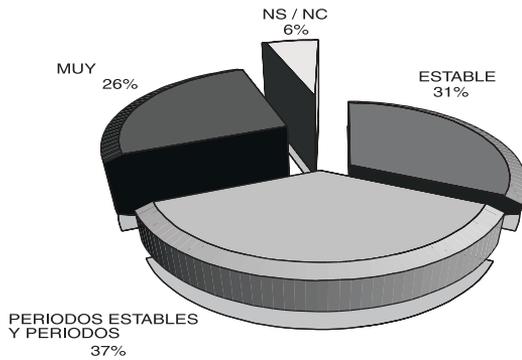
Si analizamos los porcentajes referidos a la Profesión que desempeñan, encontramos una amplia variedad de puestos, abundando aquellos para los que no se requiere preparación específica previa ni cualificación profesional. En la gráfica N° 4 aparecen los porcentajes obtenidos por cada una de las categorías tipificadas en el cuestionario que se le administró a la muestra, destacando la categoría de obreras sin cualificar.

Dada la alta representatividad de la categoría "Otros" (48,9%), en la tabla número 3 se encuentra el desglose de las respuestas abiertas obtenidas en dicha categoría. De nuevo vemos como la mayor parte de las adictas desempeña trabajos para los que no se precisa cualificación. Si exceptuamos un 8,7% que trabaja como peluquera, auxiliar de clínica o secretaria el resto de mujeres de la muestra desempeña trabajos precarios, sin estabilidad y mayoritariamente sin relación contractual.

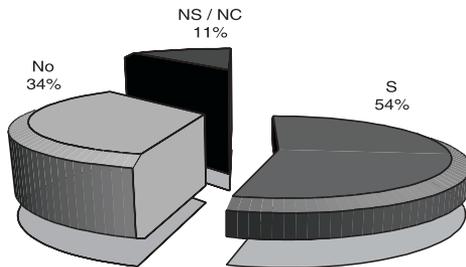
GRÁFICA 1. Núcleo de Convivencia



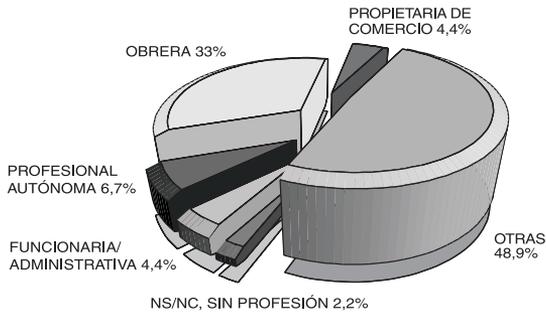
GRÁFICA 2. Situación laboral de la muestra



GRÁFICA 3. Precariedad laboral debido a la toxicomanía



GRÁFICA 4. Profesión



La importancia de estos datos se evidencian cuando trascendemos a la esfera de la economía y su relación con la capacidad de decisión. Las condiciones de las mujeres adictas estudiadas no garantizan una situación de estabilidad a corto o largo plazo e implica que estas mujeres no poseen suficiente autonomía como para poder realizar un cambio vital en el que abandonen, además de las drogas, otras conductas dependientes (Gráfica n° 4).

OTRA PROFESIÓN. Tabla n°3

	Porcentaje
Auxiliar de clínica	2,9
Trabajo en un Bingo	2,9
Cocinera	2,9
Estudiante	2,9
Hostelería	2,9
Limpiadora	2,9
Niñera	2,9
NS /NC	5,7
Peluquera	2,9
Secretaria	2,9
Servicio doméstico	11,4
Sin cualificación profesional	5,7

Respecto a la Integración Laboral, la muestra no ha tenido la impresión de ser tratada de manera diferente en relación a los otros compañeros de trabajo en el 77,7% de los casos. El 22,8% de aquellas que se han sentido discriminadas en alguna ocasión presentan motivos de lo más variado, sin que se observen porcentajes elevados en ningún ítem en concreto, ni siquiera en la posible discriminación derivada de la adicción o del deterioro en el aspecto físico que esta adicción provoca.

SENTIMIENTOS DE DISCRIMINACIÓN EN EL TRABAJO.

Tabla nº 4

	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Si, a menudo	14,3	14,3
Si, a veces	8,5	22,8
No	60,0	82,2
NS / NC	17,2	100,0
Total	100,0	

VARIABLES DE CONSUMO

En cuanto a la Edad de Inicio en el Consumo de Drogas la media muestral es de 17 años, con valores mínimos y máximos de 11 y 30 años respectivamente. Retomando la edad media de inicio del tratamiento (24 años) podemos observar que la evolución de la conducta adictiva desde el inicio en el consumo hasta la demanda de tratamiento es de unos 7-8 años, evolución bastante más breve de la que se observa en el informe del OED referidos a población drogodependiente general en el año 2000 (DGPNSD 02). Con toda seguridad, esta diferencia obedece a la tendencia a la masculinización de los perfiles descriptivos de los adictos que sesga los resultados del OED.

En la mitad de los casos dicha Iniciación (graf. 5) se produjo en compañía de la pareja masculina, y en un 31% de los casos en compañía del grupo de amigos a diferencia de las muestras generales de adictos en el que la iniciación suele ser principalmente grupal como ya mostramos en

anteriores estudios (Llopis, 97; Stocco et al 00). Esta diferencia en la iniciación de las mujeres adictas también ha sido señalada por diversos autores, destacando en el caso de las mujeres la importante relación entre inicio de la adicción y sucesos vitales estresantes (Miller 97) (*Gráfica n° 5*).

La curiosidad del Inicio del Consumo de sustancias es variada, presentando los porcentajes que a curiosidad n se recogen. Destacamos en este punto la influencia del medio (“identificación con el grupo de iguales” e “identificación con la pareja”) en dicho inicio, superando las motivaciones intrínsecas (“curiosidad” y “evasión de los problemas”), dato importante si tenemos en cuenta que las circunstancias más frecuentemente relacionadas con el motivo al inicio del consumo entre población drogodependiente son la presión del grupo y la curiosidad (*Gráfica n° 6*).

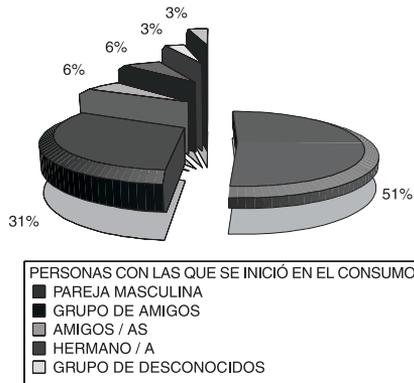
La Influencia determinante de la pareja en el inicio del consumo de sustancias que se observa en la gráfica y tabla anteriores se hace patente en los datos que a continuación presentamos. En un 66% de los casos, en el momento de iniciar el consumo de sustancias la pareja era consumidora (*Gráfica n° 7*).

Al respecto de la influencia de la pareja en el inicio del consumo de drogas (graf. 8), el 83,4% de las mujeres afirma que su pareja influyó totalmente o en parte en dicho inicio. Este dato se considera importante teniendo en cuenta que las circunstancias más frecuentes relacionadas con la motivación de inicio del consumo son la presión de grupo y la curiosidad con lo que podemos concluir que la presencia de una pareja con toxicomanía es determinante en el inicio del consumo por parte de las mujeres que desarrollan adicción. Deberíamos plantearnos que éste es un factor de riesgo a valorar siempre que realicemos una intervención sobre las conductas adictivas, ya sea ésta preventiva o asistencial (*Gráfica n° 8*).

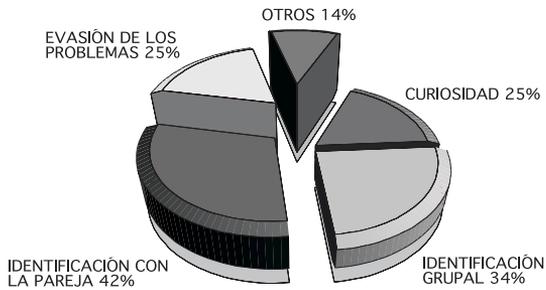
La Edad Media en la que se produce el primer contacto con un centro de atención a drogodependencias es de 24 años, siendo los valores mínimos y máximo de 17 y 38 respectivamente. En este punto retrocedemos en los datos para señalar que la edad media de inicio en el consumo era de 17 años, lo que indicaría un periodo medio en la evolución de la conducta adictiva de 7 años desde el inicio de consumo de la sustancia hasta el momento en el que se solicita el tratamiento de la adicción y, por lo tanto, una importante demora en solicitar tratamiento. En este punto convendría preguntarse el porqué de esta demora y si tiene algún tipo de relación con la existencia habitual de una pareja adicta.

En todo caso la mujer adicta solicita tratamiento más rápido que el hombre tal y como señala el informe de la D.G. en Drogodependencias

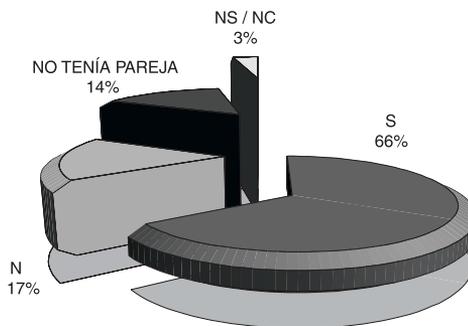
GRÁFICA 5.



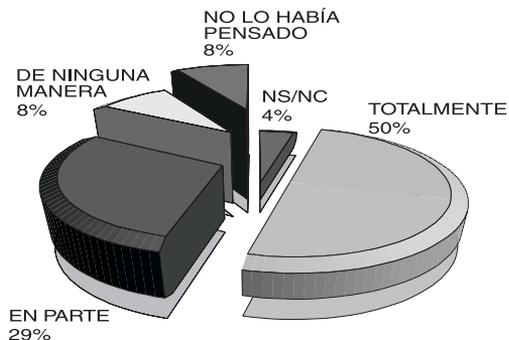
GRÁFICA 6. Razón del inicio de consumo de sustancias



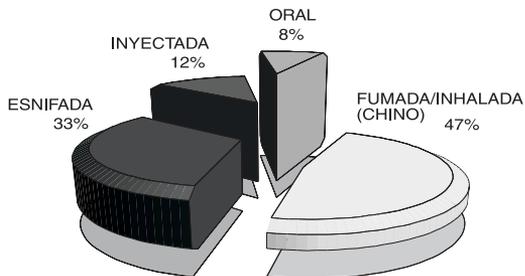
GRÁFICA 7. La pareja de entonces abusaba de drogas



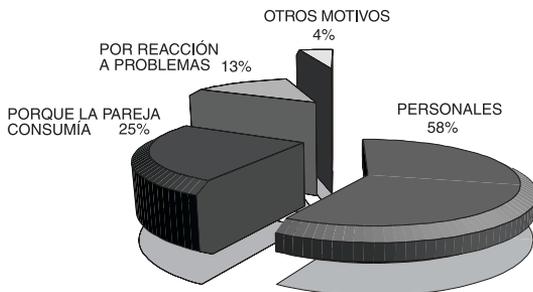
GRÁFICA 8. Influencia de la pareja en el inicio del consumo



GRÁFICA 9. Vía de iniciación en las drogas "duras"



GRÁFICA 10. Motivos de la recaída



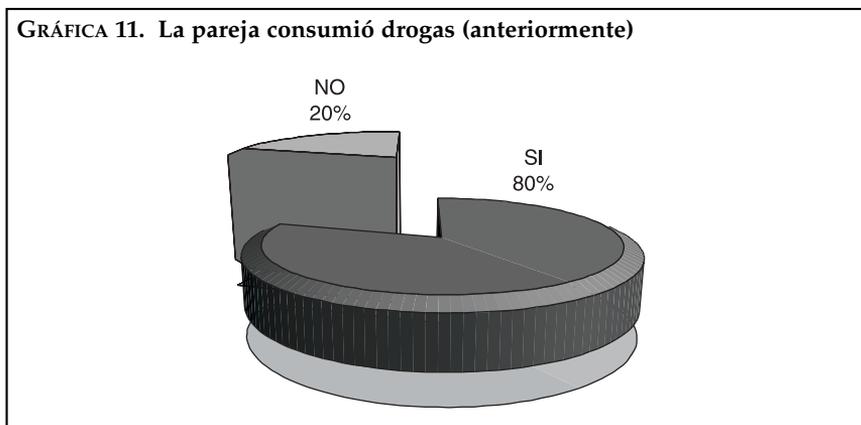
de la Generalitat Valenciana (D.G.D. 01) en el que los varones heroínómanos tardan unos 10 años de media en iniciar tratamiento y los cocaínómanos alrededor de 6 años. También encontramos en esta misma diferencia al comparar con la población drogodependiente española (P.N.S.D 02) con una media de 10 años de demora en iniciar tratamiento. De nuevo nos encontramos con una masculinización de los datos de la población adicta global.

La Vía de inicio principal en las drogas duras es la heroína y/o cocaína fumada / inhalada, alcanzando casi la mitad de los casos, seguida de la cocaína esnifada, inyectada y oral en los porcentajes que se muestran en el histograma siguiente (*Gráfica nº 9*).

El 65% de la muestra ha realizado Tratamientos Previos con anterioridad, recayendo nuevamente tiempo después. Los motivos de las recaída (graf. 10) son fundamentalmente personales, destacando que en la cuarta parte de las mujeres la recaída se produjo porque su pareja estaba consumiendo en ese momento (*Gráfica nº 10*).

AFFECTIVIDAD Y MATERNIDAD

Respecto a la Situación Afectiva el 64% de las mujeres que participan en el estudio tiene una relación de pareja y la mitad de esa relación de pareja es nueva, lo que confirma la tendencia a establecer sucesivas relaciones de pareja que reflejaba el ítem anterior apoyando la inestabilidad de esas relaciones. En el 80% de estos casos dicha Pareja ha Consumido Drogas en algún momento (*Gráfica nº 11*).



No se observa Promiscuidad en el 80% de los casos (una o ninguna pareja sexual en los últimos seis meses) (*Gráfica n° 11*).

SITUACIÓN AFECTIVA ACTUAL. Tabla n° 5

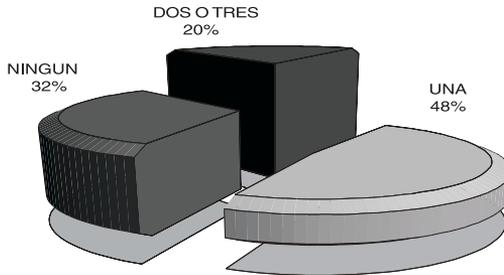
	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Nueva pareja masculina	52	52
Pareja femenina	4	56
Marido	8	64
Nadie	36	100
Total	100	

En lo referido a la Maternidad el 57% de la muestra no tiene hijos, aunque hay que considerar un segundo dato junto a este porcentaje. El dato al que hacemos referencia es la alta tasa de Abortos observada en las respuestas de las participantes del estudio (*Gráfica n° 12*), cifra que alcanza el 50,2%. Destacamos que dicho porcentaje es muy superior a las cifras de abortos practicados en población general durante el año 2000 en la Comunidad Valenciana, cifra que alcanza al 6.3% de la población femenina de la Comunidad Valenciana (datos de la Dirección General de Salud Pública y Fomento, del Ministerio de Sanidad, www.bioetica-web.com 02).

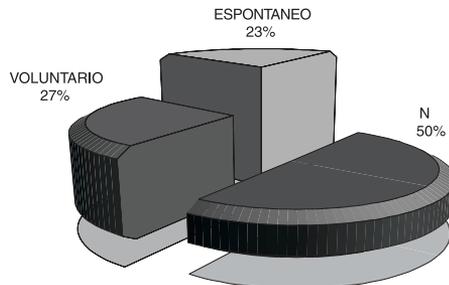
NÚMERO DE HIJOS. Tabla n° 6

	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
0	57,1	57,1
1	25,7	82,9
2	11,4	94,3
4	2,9	97,1
5	2,9	100,0
Total	100,0	

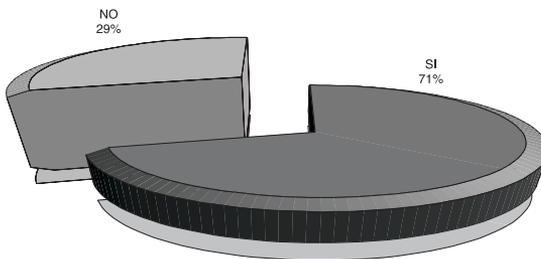
GRÁFICA 12. Parejas sexuales en los últimos meses

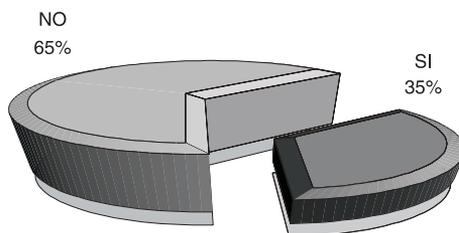


GRÁFICA 13. Historia de Abortos



GRÁFICA 14. Consumo antes del embarazo



GRÁFICA 15. Consumo después del embarazo

La influencia del embarazo sobre el consumo de sustancias parece ser positiva, dados los porcentajes de consumo antes y después del mismo tal y como podemos ver reflejado en las *gráficas 13 y 14*. Así, se da un descenso en el consumo del 70,6% inicial al 35,3% después de quedar embarazada, quedando la cifra reducida a casi la mitad de los casos. Este “efecto terapéutico” del embarazo también ha sido señalado en estudios como la Encuesta Nacional sobre Embarazo y Salud en EEUU (NIDA 97) en la que encontraron una disminución del consumo desde 3 meses antes de embarazo y durante todo el periodo de gestación, señalando que a pesar del descenso en el consumo no se producía el abandono total del uso de drogas.

En lo referido al estado de salud (*Gráfica 15*), observamos porcentajes bastante altos en categorías de enfermedades crónicas como el VIH (25%) y la hepatitis C, además de incidencias igualmente elevadas en diferentes categorías, principio no tan alarmantes dado el mejor pronóstico que éstas tienen siempre que sean diagnosticadas y tratadas correctamente y a tiempo. El problema es que nos referimos a diferentes Enfermedades de transmisión sexual de repetición en la que la adicta o no recibe tratamiento o no lo cumple adecuadamente, cronificando la patología y actuando como un vínculo de transmisión constante entre los adictos. Deberíamos añadir a ésto grave riesgo a degenerar en cáncer genital que tienen las ETS crónicas. De nuevo nuestra muestra de mujeres presenta una incidencia muy superior en infección por VIH a la señalada en el último informe del OED que es del 14,8% de los pacientes que iniciaron tratamiento en el 2000 infectados por el VIH.

Si comparamos con los datos del Sistema de Información sobre Drogodependencias Valenciano, el 28,3% de los heroinómanos y el 9,3% de los

cocainómanos que inician tratamiento son V.I.H positivos. Aquí hay que destacar que entre los hombres cocainómanos el porcentaje de seropositividad al V.I.H tan solo fue del 0,8% (D.G.D 2001). El porcentaje de adictos que iniciaron tratamiento en todo el Estado español durante el año 2000 con positividad al V.I.H. (14,8%) es bastante inferior al de nuestra muestra, aunque los datos del OED no permiten amplias comparaciones. Pensamos que esta diferencia obedece al sesgo provocado por el predominio de varones y la ignorancia del género en los análisis oficiales, sesgo de masculinización de la muestra que ya venimos señalando reiteradamente en anteriores estudios.

En relación a las hepatitis el 36,7% de las mujeres heroínómanas y el 12,1% de las cocainómanas en la red pública de la Comunidad Valenciana sufría Hepatitis C. De nuevo las mayores diferencias en género se observan en la adicción a cocaína, donde el porcentaje de hombres seropositivos a Hepatitis C (5,1%) es inferior a la mitad de las mujeres.

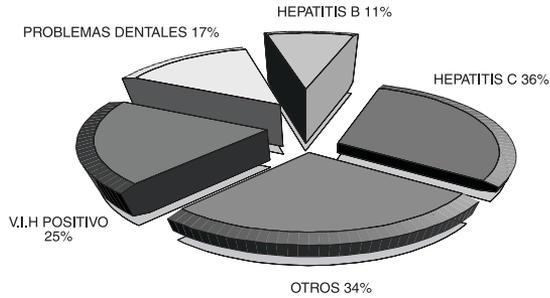
ÁREA LEGAL

En la dimensión legal (*Gráficas 16 a 19*), observamos que aunque solo un 14% de la muestra tiene causas pendientes con la justicia, dicha cifra crece al preguntar si han tenido problemas judiciales con anterioridad, alcanzando el 58% de los casos. Dichos problemas judiciales han tenido como consecuencia el internamiento en prisión para el 33,3% de las mujeres encuestadas. Porcentaje muy elevado en el caso de mujeres ya que habitualmente su participación se circunscribe a un papel de acompañante del hombre adicto en la comisión del delito o todo lo más a protagonista en delitos menores que no suelen acabar en presidio (Gañan y Gordón 01). Entre las mujeres adictas a todo tipo de droga que iniciaron tratamiento en la Comunidad Valenciana un 17% había ingresado en prisión (DGD 01), resultado muy inferior al nuestro.

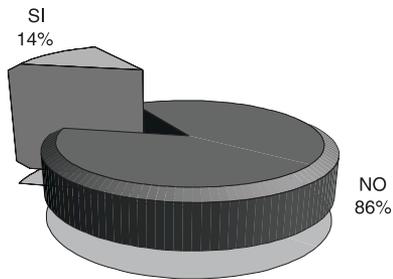
Según un estudio sobre mujeres reclusas (Gañan y Gordón 01) el 52% de toda la población reclusa femenina es drogodependiente. La mayor presencia se da entre las mujeres heroínómanas. Una de cada cinco heroínómanas tiene procesos judiciales pendientes de sentencia mientras entre las heroínómanas las causas pendientes de sentencia no llegan al 5% (DGD 01), datos superiores en estos casos a los de nuestro estudio.

En cuanto a los intentos de suicidio (*Gráfica 19*) vemos que el 41% de la muestra ha intentado suicidarse al menos una vez (en casi el 15% se trata de múltiples intentos a lo largo de su vida). Este dato nos habla del disconfort vital que arrastran las mujeres adictas y posiblemente también

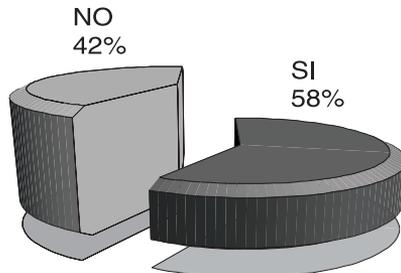
GRÁFICA 16. Problemas de Salud



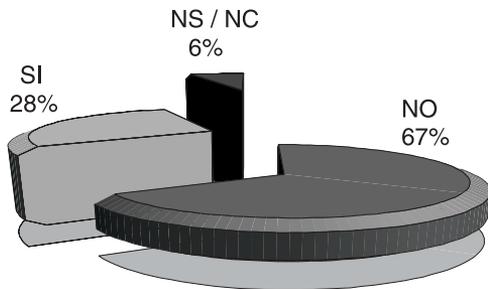
GRÁFICA 17. Causas pendientes con la justicia



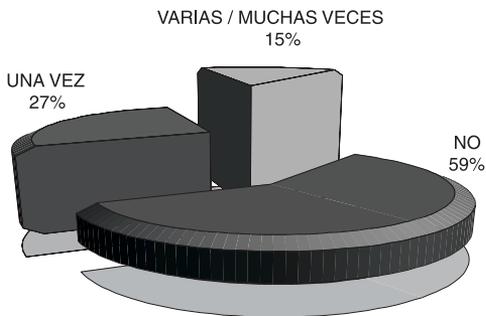
GRÁFICA 18. Problemas judiciales anteriormente



GRÁFICA 19. Ha estado en prisión



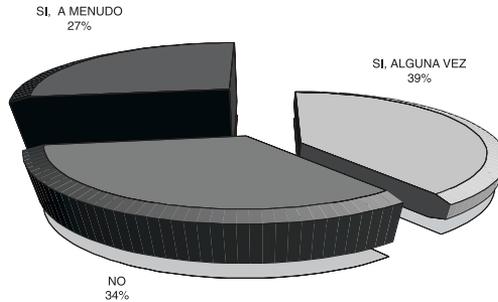
GRÁFICA 20. Intentos de suicidio



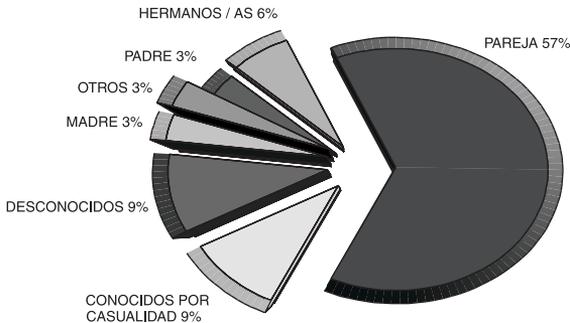
nos está mostrando una posible psicopatología subyacente por lo que sería muy interesante averiguar si este disconfort que les lleva al intento de suicidio ya existía previamente a la adicción o se ha ido desarrollando a medida que progresa esta última, de forma que aclaráramos si se trata de una patología dual o una psicopatología previa al consumo.

Finalmente y en lo que se refiere a la incidencia de malos tratos, vemos como el 62,9% de ellas los han sufrido en algún momento de su vida. Dichos malos tratos han sido llevados a cabo principalmente por su pareja (57%) y, en menor medida por personas conocidas por casualidad y desconocidos (9% en cada una de las categorías), hermanos (6%), padre, madre y otros (3%). Un estudio del instituto de la mujer del año 1999 revela

GRÁFICA 21. Malos tratos



GRÁFICA 22. Persona/as que me han maltratado



que el 12,4% de la población femenina sufre malos tratos, de ellas un 70% los ha sufrido de manera habitual, (Mingote, 03), con lo que entre las mujeres de nuestra muestra se quintuplica la incidencia de malos tratos respecto de los casos de población general. No obstante, debemos destacar que en el mismo informe se reconoce que únicamente se denuncian entre un 10% y un 30% de los casos reales (Gráfica nº 20 y Gráfica nº 21).

De nuevo, los resultados hallados en nuestro estudio son alarmantes y superiores a los que presentan mujeres no adictas, circunstancia que ya señala la mayor parte de los estudios (Miller 97, NIDA 01, Llopis et al 02). Otro dato relevante es la elevada presencia de desconocidos o prácticamente desconocidos entre los maltratadores de las mujeres adictas cuan-

do en población general esta circunstancia no suele ocurrir y los malos tratos provienen del entorno inmediato de la víctima.

De hecho, si comparamos con los datos oficiales de la población femenina de la Comunidad Valenciana (C.Sanidad 02) la diferencia es sorprendente. El 3,6% de las mujeres de cualquier edad han sido víctimas de malos tratos, de ellas el 19,8% habían sido maltratadas de forma habitual y el 21,1 % esporádicamente. Una diferencia con nuestra muestra es que entre la población general femenina valenciana la mayor incidencia de en de malos tratos se produce en el grupo de edad e 45 a 65 años con niveles de estudios medios y superiores. Pensamos que esta diferencia obedece al sesgo introducido porque los datos oficiales corresponden a las denuncias por malos tratos y obviamente las mujeres drogodependientes no son la población que suele presentar denuncias por este tema. Coinciden con nosotros en que el sector de mujeres de población general con mayor porcentaje de malos tratos es el que se corresponde con aquellas de menores ingresos económicos.

CONCLUSIONES

1. Las mujeres drogodependientes viven una situación de precariedad laboral y económica que fomenta la dependencia relacional y dificulta la toma de decisiones.

2. Las diferencias entre géneros son muy acusadas en las circunstancias que rodean el inicio en el consumo de drogas. Para la mujer adicta es determinante la presencia de pareja masculina previa que actúa como motivación y también como facilitador del consumo inicial. Esta influencia determinante se repite cuando vemos que la principal causa de recaídas entre las adictas es la circunstancia de que su pareja masculina siga consumiendo drogas.

3. Las mujeres drogodependientes presentan alta incidencia de abortos, diez veces superior a la de población general, así como una alta repercusión del consumo sobre su salud especialmente elevada en V.I.H, Hepatitis C y sobre todo Enfermedades de Transmisión Sexual.

4. El elevado porcentaje de enfermedades de transmisibles es muy significativo entre las mujeres ya que se agrava por la promiscuidad sexual, el escaso uso de preservativos que hacen y su tendencia a repetir relaciones de pareja con varones adictos.

5. Las adictas presentan graves problemas de estabilidad anímica con incidencia de intentos de suicidio muy superior a la esperada entre la población femenina.

6. El embarazo entre las adictas suele repercutir positivamente sobre la conducta adictiva ya que la mayoría de ellas reducen el consumo o lo abandonan temporalmente al conocer su embarazo. Muchas de ellas inician tratamiento al conocerlo.

7. Destacar la también elevadísima incidencia de malos tratos entre los adictos, muy superior a los datos de población general, llevados a cabo principalmente por la pareja adicta pero también, curiosamente, por personas desconocidas.

8. Las características del uso de drogas ilegales entre las mujeres adictas presentan especificidades que es preciso tener en cuenta a la hora de diseñar cualquier aproximación a este fenómeno. Ignorar la especificidad de la adicción en la mujer al programar actuaciones preventivas, terapéuticas o de investigación es trabajar de espaldas al usuario sin atender a sus necesidades y con muy pocas perspectivas de éxito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allen, K. (1994): *“Development of an instrument to identify barriers to treatment for addicted women, from their perspective”*. The International Journal of The Addictions 29 (4) pp. 429-444.
- Blume, S.B. (1994): *“Women and addictive disorders”*. American Society of Addiction Medicine. 1994, pp. 1-16.
- Conselleria sanitat (02): Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana 2000-2001. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Valencia 2002.
- Dirección General Drogodependencias (01): *“La atención a ala mujer drogodependiente en la Comunidad Valenciana”*. Informe no publicado D.G.D. Generalitat Valenciana.
- “El aborto en España. Datos definitivos hasta el año 2000”*. www.bioeticaweb.com/Noticias/2002/aborto_2000.htm.
- Ellinwood et al (1966): *“Narcotic addictions in males and females a comparison”*. International Journal Addict, 1. pp. 33-41.
- Gañan, A y Gordón (01): *“La mujer drogodependiente penada en los centros penitenciarios”*. Revista Proyecto N° 39, septiembre 2001. pp 3-8.
- Llopis Llacer J.J. (97): *“Edad de inicio en el consumo de opiáceos y circunstancias concomitantes: Un estudio con mujeres heroínomanas, su personalidad y evolución”*. Tesis Doctoral, Universidad de Valencia.
- Llopis, J.J.; Rebollida, M. (2002): *Clínica de la mujer toxicómana. Un análisis de acti-*

- tudes. en : I Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer. pp. 155-172. Edita Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid 2002.
- Lye, D. Waldron, I (1998): "*Relationships of substance use to attitudes toward gender roles, family and cohabitation*". J. Subst. Abuse 10 (2). 1998, pp. 158-189.
- Miller N.S, Gold M.S, and Smith D.E. (97): "*Treatment of addictive disorders in women*". Manual of Therapeutics for Adiccions. Wiley Liss, Inc., 1997. 352 p. (pp. 181-186).
- Mingote Adán J.C. (03): "*Violencia de género*". Atención Primaria y Salud Mental, Vol. 6, N°3, 2003. pp. 103-125.
- NIDA (97). "*El embarazo y las tendencias de uso de drogas*". www.drugabuse.gov/infobox.
- NIDA INFOFAX (01): "*Métodos de Tratamiento para la mujer*". 22/01/2001. www.drugabuse.gov/infobox.
- Observatorio Español sobre Drogas DGPNSD: Informe n°5, junio de 2002. Ministerio del interior, delegación del gobierno para el PND.
- OEDT (01): "*Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea 2001*". Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías. Lisboa 2001.
- Stocco P., Llopis J.J. De Fazio L., et al (00): "*Women drug abuse in Europe: gender identity*". IREFREA & European Commission, Valencia, 2000.

EFICACIA DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN ESCOLAR DE DROGAS CON METODOLOGÍA INTERACTIVA

José Pedro Espada Sánchez¹, Ana Isabel Rosa Alcázar²,
Francisco Xavier Méndez Carrillo²
¹Universidad Miguel Hernández, ²Universidad de Murcia

RESUMEN

Se presentan los resultados de un meta-análisis sobre la eficacia de los programas para prevenir el abuso de drogas con metodología interactiva, aplicados en el contexto escolar en España. Se identificaron 15 estudios independientes que cumplieron los criterios de selección, procedentes de 9 informes de investigación realizados entre 1985 y 2002. El tamaño del efecto medio global reveló que los programas son eficaces, aunque su eficacia es pequeña en el posttest ($d_+ = 0,20$), tendiendo a incrementarse en el seguimiento ($d_+ = 0,38$). Los programas resultaron más eficaces con el alcohol que con el tabaco u otras drogas. La variable dependiente en la que obtuvieron más éxito fue en la reducción del consumo, por encima de la mejora del conocimiento y de las actitudes hacia las drogas. El componente presente en la totalidad de programas fue la información sobre las sustancias. Se discuten estos hallazgos y se señalan sugerencias para futuras investigaciones.

Palabras-clave: contexto escolar, drogas, meta-análisis, prevención.

ABSTRACT

The study reports the results of a meta-analysis about the efficacy of interactive programs to prevent drug abuse within the school setting in Spain. 9 research reports from 1985 to 2002, were used to identify 15 independent studies which complied with the selection criteria. The global

effect size revealed that school programs to prevent drug abuse are efficient, though its efficacy posttest is small ($d_+ = 0,20$), tending to increase at the follow-up ($d_+ = 0,38$). The programs turned out to be more efficient with alcohol, than with tobacco or other drugs. Also the programs were more successful in reducing drug use and improving knowledge than in changing attitudes towards drugs. The component that appeared in all the programs was providing information about substances. These findings and some suggestions for future research are discussed.

Key-words: drug abuse prevention, meta-analysis, school environment, substance use.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años el conocimiento sobre las bases científicas de la prevención de las drogodependencias ha ido en aumento, habiendo proliferado las publicaciones españolas sobre este aspecto de la prevención (Becoña, 1999, 2002). Además, se constata que los programas más recientes reúnen criterios de calidad metodológica cada vez más rigurosos. De hecho, en un estudio sobre los programas preventivos españoles se halló que los programas actuales resultaban más eficaces que los antiguos (Espada, Méndez, Botvin, Griffin, Orgilés y Rosa, 2002).

Una importante laguna en la prevención del abuso de drogas es la valoración de los resultados. Este análisis suele estar incorporado al proceso de intervención modificadora en otros campos de la psicología, sin embargo, no ha recibido la atención que merece en el ámbito de la prevención. La necesidad de valorar los programas se justifica porque de lo contrario es imposible conocer, salvo intuitivamente, si éstos logran alcanzar los objetivos propuestos. En la prevención del abuso de drogas son más comunes las evaluaciones que informan de los aspectos del proceso (Martínez, 2001; Rodríguez-Martos, Torralba y Vecino, 1996), en comparación con los estudios que evalúan de forma experimental los efectos de los programas. En un estudio de Froján y Santacreu (1994) se recopilaron 350 programas de prevención realizados en Europa y América. Tras descartar los que no reunían los criterios de inclusión, se analizaron 100 programas. Se constató que únicamente el 5% de las intervenciones aportaba una valoración de los resultados de acuerdo con los objetivos fijados. Salvador y Martínez (1997) analizaron 503 programas de la base de datos del *Sistema de Información sobre Prevención del Uso Indevido*

de Drogas (IDEA - Prevención), encontrando que, aunque el 60% efectuaban algún tipo de evaluación, en la mayoría de los casos se limitaban a evaluaciones de proceso.

Como ya hemos destacado en otro lugar (Espada, 2002), las principales dificultades para valorar los programas preventivos radican en:

- a) El establecimiento de metas. Si desde las fases iniciales de la planificación del programa no se aplica una metodología sistemática que establezca unos objetivos operativos, resulta imposible que éstos sean evaluables.
- b) El establecimiento de variables de resultado. Froján y Santacreu (1994) comprobaron que sólo el 30% de los programas formulaban hipótesis operativas. Este dato pone de relieve que la mayoría de los estudios no delimitan con precisión las variables dependientes, que deberían definirse de forma operativa y cuantificable.
- c) El diseño de investigación. En ocasiones se renuncia a la rigurosidad científica, lo que requiere tiempo y esfuerzo, ante la urgencia política y la presión social para alcanzar éxitos inmediatos. En este sentido, algunas investigaciones financiadas con fondos públicos priman los resultados a corto plazo sobre los logros a largo plazo más sólidos, renunciando al control de variables que permiten una valoración más comprensiva.
- d) El proceso de evaluación. Una vez definidas las variables de resultado es preciso elegir los momentos y los instrumentos de evaluación. Un serio inconveniente para los investigadores es la escasez de pruebas estandarizadas con garantías psicométricas, de modo que en este terreno existe una gran pobreza de datos normativos que faciliten la interpretación y comparación de los resultados.
- e) La comprobación de cambios directos inmediatos. Esta limitación es inherente a la prevención del abuso de drogas, puesto que los cambios en las tasas de consumo difícilmente se constatan justo al finalizar el programa. Son las variables mediadoras, de ahí la importancia de una selección acertada, y los seguimientos a largo plazo, con los problemas que implican como la mortalidad experimental, los que corroboran la efectividad de los programas.

EL META-ANÁLISIS APLICADO AL ESTUDIO DE LA EFICACIA DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

El meta-análisis es un procedimiento que permite integrar los hallazgos de los estudios de investigación, convirtiendo los resultados de los

diferentes estudios en una métrica común, el tamaño del efecto, y permitiendo hallar relaciones entre las características de los estudios y los resultados obtenidos (Lence, Gómez y Luengo, 1997; Watcher y Straff, 1990; Wolf, 1986).

El meta-análisis presenta muchas ventajas como estrategia aplicada a la valoración de los programas de prevención de drogas. Tobler (1997) destaca el hecho de que cada variable dependiente se define de forma operativa, lo que permite establecer categorías claramente diferenciadas. Además, el cálculo del tamaño del efecto es un índice que se ve poco afectado por el tamaño muestral. Los resultados de los estudios primarios tienden a mostrar cambios en la dirección esperada, pero en ocasiones no alcanzan significación debido a falta de potencia estadística, por ejemplo un tamaño muestral reducido. Sin embargo, al unificar los estudios, los efectos positivos pequeños aunque consistentes de una serie de estudios pueden resultar relevantes (Flay, 1985).

No obstante, el meta-análisis aplicado al campo de la prevención del abuso de drogas también presenta algunas limitaciones. Entre ellas se encuentra el denominado sesgo de publicación, que afecta a la inclusión de estudios en el análisis, ya que los programas con resultados negativos o pobres raramente se publican. Asimismo, si la muestra de estudios no es representativa del universo potencial de estudios, el meta-análisis puede tener un sesgo de selección. Así pues, muchas de las limitaciones del meta-análisis pueden solventarse mediante una adecuada selección de los estudios. Para ello es fundamental establecer unos criterios de inclusión apropiados.

Tobler realizó el meta-análisis pionero sobre el tema en 1986, lo que supuso una ambiciosa revisión de 143 programas norteamericanos. Según el tipo de programa, resultaron más eficaces los centrados en factores psicosociales que los focalizados en la generación de alternativas, mientras que no se mostraron eficaces los basados en la transmisión de información y/o en la educación afectiva. Según el aspecto evaluado, los programas produjeron un efecto moderado en el nivel de conocimiento sobre las drogas, pequeño en el desarrollo de habilidades sociales y en el consumo autoinformado, e insignificante en el cambio de actitudes. En 1992 esta autora refinó su estudio, distinguiendo entre el contenido y la metodología de los programas. Los programas interactivos, como los de habilidades para la vida o los basados en las influencias sociales, se mostraron ligeramente eficaces para modificar el consumo de drogas de los adolescentes. Por el contrario, los no interactivos,

como los de transmisión de información y/o educación afectiva, fueron ineficaces.

Otros meta-análisis posteriores estudiaron la prevención del tabaquismo y abuso de alcohol (Rooney y Murray, 1996; Rundall y Bruvold, 1988), de marihuana (Tobler, Lessard, Marshall, Ochshorn y Roona, 1999), el papel de los compañeros líderes como monitores (Bangert-Drowns, 1988), o evaluaron programas específicos como el DARE (*Drug Abuse Resistance Education*) (Enneth, Tobler, Ringwalt y Flewelling, 1994).

Además de los componentes que diferencian los programas entre sí, la forma en que éstos son aplicados también juega un papel importante en su eficacia. Tobler et al. (1999) categorizaron las intervenciones según el grado de interacción que los participantes tenían entre sí. Establecieron un continuo en cuyo extremo se ubicaban los programas basados en exposiciones teóricas por parte del profesor en las que los alumnos tenían escasa o nula interacción, mientras que en el extremo opuesto la interacción entre los escolares era máxima. La primera mitad de ese continuo incluía los programas denominados *no interactivos*, y la segunda los *interactivos*.

Aunque a nivel internacional se han realizado varios meta-análisis sobre programas de prevención del abuso de drogas en el ámbito escolar, en nuestro país escasean las revisiones cuantitativas que permitan comparar nuestra situación con el estado actual del campo. Se precisan datos contrastados experimentalmente sobre las intervenciones preventivas, a fin de que los profesionales dispongan de información que les guíe en la elección y aplicación de los programas más eficaces en nuestro contexto sociocultural. Así pues, el principal objetivo del presente estudio es efectuar un meta-análisis que integre los resultados recientes de la investigación llevada a cabo en este campo en España. Para ello se han seleccionado una serie de programas preventivos que empleaban metodología interactiva, a fin de conocer la eficacia de las intervenciones de este tipo y las variables que determinan dicha eficacia.

MÉTODO

Objetivos e hipótesis del estudio

Los objetivos del presente estudio son:

- a) Integrar cuantitativamente los resultados de las intervenciones para la prevención del abuso de drogas en contextos escolares con metodología interactiva llevadas a cabo en España, analizando el grado de eficacia global de los programas aplicados en los últimos años.

- b) Analizar las características de los programas que influyen en los resultados.
- c) Estudiar la variabilidad de los resultados atendiendo a las variables relacionadas con el diseño de investigación de los programas, especialmente el tipo de variables de resultado seleccionadas y la calidad metodológica de la intervención.
- d) Realizar propuestas sobre futuras líneas de trabajo en función de la información obtenida.

Basándonos en la revisión bibliográfica sobre prevención del abuso de drogas y en nuestro conocimiento y experiencia en este campo, formulamos una hipótesis sobre la eficacia general y tres sobre la eficacia diferencial de los programas preventivos:

1.^a Los programas de prevención del abuso de drogas en el contexto escolar con metodología interactiva son eficaces en comparación con la no intervención preventiva.

2.^a La eficacia de los programas será mayor para prevenir el consumo de tabaco, que el de alcohol u otras drogas.

3.^a La eficacia de los programas será mayor para aumentar el nivel de conocimiento sobre las drogas, que para modificar el consumo o las actitudes hacia las drogas de los escolares.

4.^a La eficacia de los programas preventivos basados en teorías psicosociales (aprendizaje social, acción razonada) será superior a la de los fundamentados modelos educativos tradicionales basados en la transmisión de información.

Búsqueda de la bibliografía

La búsqueda bibliográfica se realizó en las siguientes fuentes: consultas con soporte informático en las bases de datos CSIC-ISOC, MEDLINE, ERIC, TESEO, INID (Fondo documental de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción) y REDOC (Centro Documental de la Asociación Española para el Estudio de las Drogodependencias; revisión directa de revistas españolas especializadas (Adicciones, Revista Española de Drogodependencias), libros, monografías y compilaciones (Boletín Idea-Prevención), y consulta a investigadores expertos en el tema.

Los criterios de inclusión de los estudios fueron que:

- a) Informaran sobre la evaluación de resultados de programas, de cualquier orientación teórica, dirigidos a la prevención primaria del abuso de drogas en el contexto escolar.

- b) Se hubieran aplicado en España, con población española, en el período comprendido entre 1985, año en el que se puso en marcha el Plan Nacional de Drogas, y junio de 2002, fecha de esta revisión.
 - c) Emplearan en su aplicación una metodología interactiva.
 - d) Tuvieran un diseño con un grupo control de comparación y medidas pretest - postest.
 - e) Presentaran datos suficientes para calcular los tamaños del efecto.
- La búsqueda identificó 9 informes científicos que dieron lugar a 15 estudios independientes.

Codificación de los estudios

Las variables se clasificaron en sustantivas, metodológicas y extrínsecas (Lipsey, 1994). Se codificaron principalmente variables sustantivas relacionadas con la intervención preventiva: droga objeto de prevención, modelo teórico, metodología general, contenido informativo, presentación de la información, componentes del programa, número de sesiones, duración de la intervención en semanas, cantidad de intervención en horas, características de los monitores, edad y género de los participantes. Además se codificaron aspectos metodológicos como el diseño de investigación, realización de seguimiento y calidad del estudio, y factores extrínsecos como año y fuente del informe científico.

El proceso de codificación tuvo lugar durante cinco semanas. Con el fin de aumentar la precisión se elaboró un libro que detallaba los criterios para codificar las características de los estudios¹. Para evitar potenciales sesgos debidos al orden de codificación, los estudios fueron presentados a los codificadores de forma aleatoria.

Los criterios para categorizar los programas como *interactivos* se basaron en los objetivos del programa, el tipo de liderazgo y la forma de comunicación. En los programas interactivos los objetivos eran desarrollar los potenciales de los participantes, desarrollando sus habilidades mediante ejercicios estructurados. La comunicación se producía en la dirección monitor – participantes y también entre los propios participantes mediante debates y discusiones en grupo. El monitor mostraba un estilo directivo y facilitador de la comunicación. El grupo se empleaba como un medio para la interacción, logrando el progreso personal a través de la experiencia en grupo. En los programas no interactivos los objetivos eran transmitir in-

1 El libro de codificación puede solicitarse al primer autor.

formación mediante presentaciones didácticas la comunicación se daba de forma casi exclusiva en la dirección monitor- alumnos y el foco se centraba en el trabajo individual de los participantes.

CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS

En las tablas 1 y 2 se ofrecen las principales características de los participantes, de los programas y de los monitores. Los participantes fueron (pre)adolescentes con una edad media de 13,1 años (rango: 11-15). La proporción fue similar para ambos géneros. Los escolares cursaban Educación Secundaria Obligatoria (ESO) o, anteriormente, Educación General Básica (EGB). En ninguno de los programas participaron los padres.

La mayoría de programas ($k=12$) se basaba en la teoría del aprendizaje social. Dos estudios se basaban en el modelo educativo tradicional, y uno en la teoría de la acción razonada. Las sustancias objeto de prevención fueron, en primer lugar, drogas en general, en segundo lugar, alcohol junto con el tabaco ($k=4$) y ambas sustancias específicamente ($k=2$), finalmente, un único estudio sobre drogas de síntesis. La mayoría de los programas se basaron en la teoría del aprendizaje social.

Todos ofrecieron información oral, escrita y/o audiovisual sobre las drogas, siendo la combinación oral + escrita la fórmula más empleada. Los programas desarrollaron principalmente contenidos sobre los tipos de drogas y sus efectos, sobre las repercusiones negativas a corto y largo plazo, y sobre los factores de riesgo. Una minoría trataban también la percepción normativa sobre el consumo. Más de la mitad de los programas incluyeron el entrenamiento en habilidades sociales, en general, y en resistencia a la presión social, en particular. Cerca de la mitad incorporaron como componentes activos el entrenamiento en resolución de problemas y, en menor medida, la toma de una decisión personal sobre el uso de drogas, y el modelado, especialmente activo y en vivo. Los elementos menos comunes fueron la educación emocional centrada en la mejora del autoconcepto y la autoestima, relajación y autoinstrucciones como habilidades de afrontamiento, compromiso público de no consumo y técnicas operantes como el contrato conductual y el autorrefuerzo. El programa preventivo promedio comprendió 9 horas de intervención, distribuidas en 11 sesiones a razón de dos por semana. Los monitores que aplicaron los programas, pertenecientes o no a la plantilla del centro escolar, fueron profesionales, sobre todo psicólogos, pedagogos y maestros, y en la investigación de Alonso y Del Barrio (1998) intervinieron además adolescentes líderes.

TABLA 1. Principales variables cualitativas

Variable	Categorías	Frec.	Porc.
Sustancia (k=15) ^a	1. Drogas en general	5	33,3%
	2. Alcohol + Tabaco	4	26,6%
	3. Tabaco	2	13,3%
	4. Alcohol	2	13,3%
	5. Drogas de síntesis	1	6,6%
	6. Sin especificar	1	6,6%
Teoría (k=15)	1. Aprendizaje social	12	80%
	2. Transmisión de información	2	13,3%
	3. Acción razonada	1	6,7%
Componentes (k=15)	1. Información	15	100%
	2. Habilidades sociales	10	66,7%
	3. Resolución de problemas	7	46,7%
	4. Modelado	6	40,0%
	5. Tareas para casa	5	35,7%
	6. Educación emocional	3	20,0%
	7. Habilidades de afrontamiento	3	20,0%
	8. Toma de decisión personal	1	16,7%
	9. Compromiso público	1	16,7%
	10. Técnicas operantes	1	7,1%
Información (k=15)	1. Tipos de drogas y sus efectos	10	66%
	2. Repercusiones negativas a largo plazo	10	66%
	3. Factores de riesgo	9	60%
	4. Repercusiones negativas a corto plazo	8	53%
	5. Tasas de consumo	4	27%
	6. Expectativas normativas	1	5%
	7. Sin especificar	1	5%
Monitor (k=15)	1. Profesional	14	93%
	2. Profesional + compañeros líderes	1	7%
Formación del monitor (k=12)	1. Psicología	6	50%
	2. Educación	6	50%
Vinculación del monitor (k=15)	1. Perteneciente al centro escolar	9	60%
	2. Ajeno al centro escolar	6	40%
^a número de estudios			

El diseño de investigación fue siempre cuasi-experimental, con asignación aleatoria de los grupos a las condiciones experimentales en la mayoría de los estudios. Más de la mitad de los estudios realizaron seguimientos, cuya duración media fue once meses. Se estableció una escala de diez puntos para valorar la calidad de los estudios, 0 = calidad mínima, 9 = calidad máxima, que contemplaba además de las variables anteriores, otras como la mortalidad experimental, la ceguera experimental, el uso de pruebas estandarizadas o medidas objetivas, y la aplicación homogénea del programa a los participantes. La calidad metodológica media de los estudios superó un punto el valor central de la escala de valoración (4,5).

Se constata un crecimiento gradual de la investigación en este campo, puesto que el 13% de los estudios correspondió a la segunda mitad de los años 80, el 53% a los 90 y el 33% al período 2000-02.

TABLA 2. Principales variables cuantitativas

Variable	k^a	Mínimo	Máximo	Media	Des. Est.
Número de sesiones	7	5	17	11,00	3,87
Duración de la intervención en semanas	3	5	8	6,00	1,73
Cantidad de la intervención en horas	15	5	17	9,06	3,29
Edad media de los participantes en años	15	11,1	15,10	13,13	1,19
Género de los participantes en % de varones	10	44,70	60,60	50,70	7,24
Seguimiento más largo en meses	9	6,00	18,00	10,00	5,19
Calidad del estudio de 0 a 9	14	3,50	7,00	5,53	0,98

^anúmero de estudios

Cálculo y análisis de los tamaños del efecto

Se calcularon los tamaños del efecto de las variables de resultado en el postest y en el seguimiento más largo. El tamaño del efecto (d_+) se define como la diferencia estandarizada entre las medias de los grupos experimental y control. Valores positivos indican una mejora del grupo al que se le ha aplicado el programa en comparación con el control sin intervención. De acuerdo con Cohen (1988), para valorar la prevención se pueden establecer tres niveles de eficacia: baja ($d_+ \geq 0,20$), media ($d_+ \geq 0,50$), alta ($d_+ \geq 0,80$). El índice d_+ se obtuvo directamente a partir de las medias y desviaciones típicas de los informes, o bien a partir de los resultados de las pruebas estadísticas aplicadas (Glass, McGaw y Smith, 1981; Sánchez y Ato, 1989).

Los estudios presentaron múltiples variables de resultado. Para cada una de ellas se calculó el índice d_+ , y a continuación se promediaron en función de los siguientes criterios de clasificación: a) tipo de variable dependiente evaluada (conocimiento sobre las drogas, actitud hacia las drogas y consumo de drogas), b) sustancia objeto de prevención (tabaco, alcohol y otras drogas).

Se calculó el tamaño del efecto medio global para todos los estudios, así como intervalos de confianza y pruebas de homogeneidad. Estos promedios se obtuvieron también para los diferentes componentes de los programas y sus combinaciones. Asimismo, se analizó el efecto de las distintas variables moduladoras mediante análisis de varianza y análisis de regresión por mínimos cuadrados ponderados. Los análisis se realizaron con los programas SPSS 11.0 (2001) y MetaWin 2.0 (Rosenberg, Adams y Gurevitch, 2000).

RESULTADOS

Los tamaños del efecto se calcularon con medidas directas e indirectas del consumo de drogas y de las variables mediadoras en el postest. Los instrumentos de evaluación más comunes fueron los cuestionarios, que generalmente estaban elaborados ad hoc para cada investigación. La tabla 3 presenta los principales resultados obtenidos con las variables dependientes en el postest. Considerados globalmente, los programas aplicados en el contexto escolar se mostraron eficaces para prevenir el abuso de drogas, aunque sus efectos fueron de pequeña magnitud ($d_+ = 0,20$). Cuando éstos se centraban en una única droga se observaba un tamaño del efecto mayor ($d_+ = 0,27$) que cuando se trababan varias ($d_+ = 0,17$). Analizando los tipos de sustancia, se comprueba que el tamaño del

**TABLA 3. Eficacia media de los programas preventivos
POSTEST**

	k ^a	d ₊	I. C. al 95% ^b		Q _w ^c	p
			Límite inferior	Límite superior		
			Global	15		
- Conocimiento sobre las drogas	10	0,27	0,22	0,32	141,42	0,00
- Actitudes hacia las drogas	10	0,19	0,14	0,24	41,30	0,00
- Consumo de drogas	10	0,35	0,30	0,40	89,96	0,00
Por sustancias						
- Alcohol	12	0,24	0,18	0,29	31,40	0,00
- Tabaco	11	0,20	0,15	0,25	51,06	0,00
- Otras drogas	7	0,08	0,00	0,15	21,92	0,00

^anúmero de estudios; ^bintervalo de confianza al 95%; ^cprueba de homogeneidad intragrupo global

efecto en la prevención del abuso de alcohol es mayor frente al resto ($d_+ = 0,63$). Según el tipo de variable dependiente, los programas constituyeron herramientas eficaces para prevenir el consumo de drogas y para mejorar el conocimiento sobre estas sustancias, pero su efecto sobre las actitudes de los escolares fue más débil.

Puesto que la prueba de homogeneidad fue significativa, consideramos que era necesario analizar las posibles variables moderadoras que explicaran la heterogeneidad obtenida. De los 15 estudios independientes, 4 lograron un efecto preventivo alto, 3 consiguieron un efecto preventivo moderado, 4 un efecto bajo, 2 no surtieron efecto y 2 produjeron un efecto negativo.

Análisis de las variables moduladoras

El estudio se completó analizando la eficacia diferencial de las variables moduladoras (tablas 4 y 5). El único programa basado en la teoría de la acción razonada presentaba el tamaño del efecto mayor ($d_+ = 0,42$), mientras que los programas fundamentados en la teoría del aprendizaje social ($k = 12$) tenían un tamaño del efecto $d_+ = 0,23$. Aquéllos basados exclusivamente en la transmisión de información ($k = 2$) presentan un efecto casi nulo ($d_+ = 0,07$), siendo significativa la diferencia entre estos dos últimos grupos de programas.

En cuanto al formato de presentación de los contenidos, los programas que presentan la información combinando la transmisión oral con los

TABLA 4. Análisis de varianza ponderados de las variables moduladoras cualitativas

Tipo de variable	Variable	QB ^a	p	GL ^b
	Teoría	10,97	0,00	1
	Drogas	17,23	0,00	3
	Presentación de la información			
	Contenido informativo			
	- Tipos de drogas y sus efectos			
	- Repercusiones negativas a corto plazo			
	- Repercusiones negativas a largo plazo			
	- Factores de riesgo			
	- Tasas de consumo			
Tratamiento	Componentes del programa			
	- Habilidades sociales			
	- Resolución de problemas			
	- Modelado			
	- Educación emocional			
	- Habilidades de afrontamiento			
	- Tareas para casa			
Monitor	Formación	5,64	0,02	1
	Procedencia	9,39	0,00	1
Extrínseca	Fuente	4,57	0,10	2

^aprueba de homogeneidad inter-clase; ^bgrados de libertad

medios escritos son los más eficaces. Los programas con contenidos sobre los tipos de drogas y sus efectos, y sobre las repercusiones negativas a corto y largo plazo, fueron más eficaces que los que no proporcionaron esta información. El único componente “indispensable”, incluido por la totalidad de programas fue la información sobre las sustancias y sus repercusiones negativas en la salud. Otros componentes que manifestaron una tendencia a incrementar ligeramente la eficacia de las intervenciones fueron la resolución de problemas, la toma de decisión personal sobre el uso de sustancias, y las tareas para casa.

Los programas más recientes obtenían unos mejores resultados. En cuanto a los monitores encargados de aplicar la intervención, se observó una relación negativa entre el número de éstos y el tamaño del efecto. La eficacia era mayor si se trataba de personal ajeno al centro escolar ($d+ = 0,47$) frente a los docentes que forman parte de la plantilla del centro ($d+$

TABLA 5. Análisis de regresión simple ponderados de las variables moduladoras cuantitativas

Tipo de variable	Variable	k ^a	CR ^b	ET ^c	QR (GL) ^d	p
Tratamiento	Número de sesiones	7	0,01	0,11	2,62	0,10
	Duración en semanas	3	0,06	0,33	1,12	0,28
	Cantidad en horas	15	0,00	0,06	0,06	0,80
Participantes	Género	10	0,02	0,58	5,29	0,02
	Edad	13	0,01	0,25	0,11	0,74
Metodológicas	Seguimiento	9	-0,03	0,25	3,48	0,06
	Calidad	15	-0,03	0,09	2,86	0,07
Extrínseca	Fecha	15	0,01	13,75	7,41	0,00

^anúmero de estudios; ^bcoeficiente de regresión; ^cerror típico; ^dprueba de homogeneidad intra-clase, que se distribuye según Chi-cuadrado con k-1 grados de libertad.

= 0,18). Atendiendo a su perfil profesional, cuando los monitores eran psicólogos el tamaño del efecto resultaba mayor ($d_+ = 0,48$) frente a personas con distinta formación ($d_+ = 0,18$). También se constató una mejor respuesta a las intervenciones preventivas por parte del género femenino y de los grupos con estatus social medio. Los estudios de menor calidad metodológica tendieron a mostrarse más eficaces.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el presente estudio se constata un hecho preocupante, y es la carencia de programas preventivos que cumplan con unos criterios de rigurosidad metodológica desde el punto de vista experimental. Entre estos criterios, destaca la utilización de grupo de control, el uso de protocolos estandarizados, el empleo de medidas cuantitativas, o la realización de evaluaciones objetivas mediante instrumentos válidos y fiables. Por otro lado, numerosos informes científicos no proporcionan suficientes datos, lo que ha obligado a excluir en este meta-análisis muchos estudios, entre ellos programas ampliamente extendidos en nuestro país como *Tú decides*, (Calafat, Amengual, Mejías, Borrás y Palmer, 1989), o los programas *Órdago* (EDEX, 1996) y *PIPES* (FAD, 1996).

Algunas de esas limitaciones son difíciles de solucionar. Así, cuando se aplica un programa en el aula resulta complejo la asignación al azar de los participantes a las condiciones experimentales puesto que los grupos de clase están previamente formados. Este hecho explica que los estudios incluidos en este meta-análisis utilicen un diseño cuasi-experimental y que ninguno alcance la máxima puntuación en la escala de valoración de la calidad. Las carencias señaladas conducen a insistir una vez más en la necesidad de mejorar la metodología de los estudios de prevención, como advierten diversos autores (Buboski, 1991, Schroeder, Laflin y Weis, 1993), y a valorar con cautela los resultados obtenidos.

Nuestro objetivo principal fue determinar la eficacia de los programas escolares de prevención del abuso de drogas con metodología interactiva y analizar las variables que modulan su efecto preventivo. En líneas generales, se confirma la idea de que es mejor intervenir que no hacerlo, aunque es preciso añadir que el efecto es pequeño y se sitúa en el límite inferior de la categoría "baja eficacia" establecida por Cohen (1988). La eficacia de los programas de prevención escolar en nuestro país es similar a la observada en otros países (Bangert-Drowns; 1988; Enneth et al., 1994; Rooney y Murray, 1996; Rundall y Bruvold, 1988; Tobler, 1986, 1992; Tobler et al., 1999; Womer, 1998). Una transformación habitual en los estudios meta-analíticos es convertir el tamaño del efecto en porcentaje de prevención. Basándonos en la presentación binomial del tamaño del efecto (Rosenthal, 1994), el índice $d_+ = 0,20$ en el postest se traduce en un porcentaje de reducción del consumo de drogas del 10% y el índice $d_+ = 0,38$ en el seguimiento en una reducción del 15%.

Respecto a los componentes de las intervenciones, se observa que diferentes investigaciones que emplearon la estrategia de construir el programa obtuvieron resultados opuestos. García-Rodríguez (1986) consiguió mejorar la eficacia de un programa compuesto de información y resolución de problemas al incorporarle el modelado, en cambio, los efectos altamente positivos del programa de Casas (1998), constituido por información y habilidades sociales, no sólo se anularon sino que se tornaron negativos al sumarle entrenamiento en habilidades de afrontamiento. Esto nos lleva a dudar de la conveniencia del empleo de la relajación y las autoinstrucciones como componentes de los programas de prevención, a pesar de que puedan considerarse alternativas saludables al consumo de sustancias en situaciones estresantes o en estados emocionales negativos.

Las intervenciones españolas, contrariamente a las desarrolladas en América del Norte (Enneth et al., 1994; Rundall y Bruvold, 1998), fueron

más eficaces para prevenir el consumo de alcohol que el de tabaco. De hecho los programas españoles más potentes, de eficacia alta (Casas, 1998) o media-alta (Alonso y Del Barrio, 1998; Espada, 2002), incluyeron siempre el alcohol entre sus objetivos preventivos. Esta disparidad no tiene fácil explicación, puesto que los componentes y la metodología de los programas aplicados a ambos lados del Atlántico es parecida. Una mayor permisividad social y la regulación legal más laxa son factores que facilitan el consumo de alcohol en nuestra juventud, de modo que la aplicación de los programas preventivos en nuestro país puede reflejar una diferencia más acusada entre las tasas de ingesta del pretest y del postest.

Lence, Gómez y Luengo (1997) examinaron los meta-análisis sobre prevención escolar de drogas en el ámbito internacional. Entre las conclusiones de su revisión, se constata que los programas preventivos son más eficaces para mejorar el conocimiento sobre las drogas que para producir cambios de conducta en los escolares. Este hecho no se confirma en nuestro meta-análisis, del que se desprende que las variables de resultado conductuales sí muestran cambios en el postest.

Los programas preventivos informan eficazmente sobre las drogas (Polaino y Rossignoli, 1991), si bien los efectos no se suelen observar a corto plazo. Como señalan Griffin, Botvin, Scheier y Nichols (2002), cabe esperar un efecto inmediato de las intervenciones en la adquisición de conocimiento sobre las drogas, constatándose las variaciones en consumo más tarde en el seguimiento. Este es otro resultado no esperado en nuestro estudio, de donde se desprende que la prevención en el contexto escolar se muestra a corto plazo tan potente para frenar el consumo como para mejorar el conocimiento sobre las drogas. Por el contrario, la mayor resistencia a la modificación de las actitudes suele ser común en este ámbito. Nuestra última hipótesis postulaba que la base teórica guiaría la elaboración de los programas, de forma que las intervenciones apoyadas en teorías psicosociales que plantean actuar a nivel cognitivo, actitudinal, conductual y social, serían más eficaces. La hipótesis se ha confirmado, ya que se constata que los programas basados en las teorías de la acción razonada y del aprendizaje social obtuvieron mejores resultados que los basados en la transmisión de información. Los datos de este estudio coinciden con el de Tobler (1986), donde se aprecia que los programas producían un efecto moderado en el nivel de conocimiento sobre las drogas, pequeño en el desarrollo de habilidades sociales y en el consumo autoinformado, e insignificante en el cambio de actitudes.

El meta-análisis efectuado no apoya la superioridad de la información acerca de las repercusiones negativas a corto plazo, ni la utilidad de informar sobre las tasas de consumo para cambiar las expectativas. Sin embargo, los teóricos del aprendizaje resaltan la importancia de las consecuencias próximas frente a las demoradas. Además, la tendencia de los programas de prevención activa es no recurrir al miedo, porque se considera una estrategia poco eficaz, a diferencia de las medidas de prevención pasiva o de las advertencias atemorizantes en los paquetes de tabaco. También desde la perspectiva de la percepción normativa se considera muy relevante reestructurar la sobreestimación del consumo de sustancias por parte de los compañeros de la misma edad, contrarrestando la evaluación subjetiva del adolescente con datos epidemiológicos objetivos.

Un componente que incorporan los programas de fomento de competencias es el entrenamiento en habilidades sociales. Tobler (1986) comprobó que los programas contribuían eficazmente al desarrollo de habilidades sociales ($d_+ = 0,26$), que a su vez reducían el consumo de drogas ($d_+ = 0,24$). En los estudios incluidos en este meta-análisis se observa que, después de la información y del compromiso público es el componente más común. No obstante, la eficacia de la intervención no difiere porque se utilice o no este procedimiento. Este resultado resulta llamativo. Frecuentemente se comete el error de suponer que la realización del entrenamiento conlleva automáticamente la adquisición de habilidades sociales, y más si éstas en ocasiones se “enseñan” en muy pocas sesiones y/o en un tiempo récord. Este aspecto requiere más investigación.

Los programas aplicados por profesionales ajenos al centro escolar consiguieron mejores resultados que los realizados por personal del centro. Este dato puede explicarse por una mayor motivación de los profesionales externos, bastantes de ellos investigadores que realizan una tesis doctoral, y por una formación más especializada en la temática y en la metodología de la promoción de la salud. Otra posible razón puede estar en que los alumnos perciben como especialista a la persona ajena al centro, lo que le hace ser una fuente fiable de información.

Dentro del rango observado (5-17 sesiones), los programas con mayor número de sesiones fueron más eficaces. Puesto que no se aprecian diferencias ni en horas de intervención, ni en semanas del programa, que indicarían que a mayor cantidad e intensidad del programa mejores resultados, este hallazgo significa que es preferible que las intervenciones se distribuyan en un número mayor de sesiones breves a que se concentren en un número menor de sesiones largas.

Un resultado llamativo es que la calidad del estudio afectó negativamente a la eficacia. Esta tendencia coincide con la observada en otros meta-análisis (Olivares, Rosa, Sánchez, 2000). Una explicación plausible es que los diseños de baja calidad controlan peor la influencia de variables confundentes y que parte del cambio constituya un "artefacto".

El abuso de drogas entre los jóvenes, a pesar de los esfuerzos invertidos en prevención, continúa suscitando preocupación en la sociedad. En este trabajo se pone de manifiesto que la situación en nuestro país es similar a la de otros países desarrollados. En la actualidad hemos alcanzado un éxito relativo en este campo. Hoy conocemos que una intervención eficaz debe incluir al menos una fase de adquisición de conocimientos por medio de la transmisión persuasiva de determinados contenidos, una fase de adquisición de habilidades mediante variados entrenamientos y tareas para casa, y una fase de toma de postura personal culminada en un compromiso público sobre el uso de sustancias. Afortunadamente disponemos de varios programas que han probado ser eficaces con población escolar española. Urge, pues, continuar investigando en un campo donde las pautas de consumo evolucionan rápidamente. Un dato esperanzador es que los estudios más recientes logren mayores magnitudes de los tamaños del efecto, lo que invita a un optimismo moderado, porque significa que los programas preventivos han ido mejorando paulatinamente su eficacia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(Los estudios que aparecen con un asterisco fueron incluidos en el meta-análisis)

- *Alonso, C. y Del Barrio, V. (1998). Efectividad de tres intervenciones para la prevención del consumo de alcohol en la escuela. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24, 679-701.
- Becoña, E. (1999). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002). Fundamentos científicos de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Bangert-Drowns, R. L. (1988). Effects of school-based substance abuse education: A meta-analysis. *Journal of Drug Education*, 18, 243-264.
- Buboski, W (1991). A framework for drug abuse prevention research. En *Drug abuse intervention research: Methodological issues*. NIDA research Monograph Series, 139: Rockville.
- Calafat, A., Amengual, M., Mejías, G., Borrás, M. y Palmer, A. (1989). Evaluación del programa de prevención escolar "Tú decides". *Adicciones*, 1, 96-111.

- *Casas, J. (1998). Actitudes, habilidades sociales y autocontrol en la prevención del consumo abusivo de alcohol y tabaco. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.
- EDEX (1996). ¡Órdago! El desafío de vivir sin drogas. Bilbao: EDEX – Gobierno Vasco.
- Enneth, S. T., Tobler, N. S., Ringwalt, C. L. y Flewelling, R. L. (1994). How effective is drug abuse resistance education? A meta-analysis of project DARE outcome evaluations. *American Journal of Public Health*, 84, 1394-1401.
- *Espada, J. P. (2002). Evaluación de tres intervenciones para la prevención del abuso de drogas en el ámbito escolar. Tesis doctoral. Universidad de Murcia.
- Espada, J. P., Méndez, F. X., Botvin, G. J., Griffin, K. W., Orgilés, M. y Rosa, A. I. (2002). ¿Éxito o fracaso de la prevención del abuso de drogas en el contexto escolar? Un meta-análisis de los programas en España. *Psicología Conductual*, 10, 3, 581-602.
- Flay, B. (1985). Psychosocial approaches to smoking prevention: A review of findings. *Health Psychology*, 4, 449-488.
- Froján, M. X. y Santacreu, J. (1994). Evaluación de programas de prevención del consumo de drogas. *Adicciones*, 6, 283-299.
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) (1996). Material de prevención del consumo de drogas para la Educación Secundaria Obligatoria. Plan Integral de Prevención Escolar (PIPES). Madrid: Autor.
- *García-Rodríguez, J. A. (1986). Modelado y resolución de problemas en la prevención de la drogodependencia. Tesis doctoral. Universidad de Murcia.
- Glass, G. V., McGaw, B. y Smith, M. L. (1981). *Meta-analysis for social research*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Griffin, K. W., Botvin, G. J., Scheier, L. M. y Nichols, T. R. (2002). Factors associated with regular marijuana use among high school students: a long-term follow-up study. *Substance Use and Misuse*, 37, 225-238.
- Lence, M., Gómez, J. A. y Luengo, M. A. (1997). El meta-análisis y la prevención de drogodependencias en el ámbito escolar: Una revisión. *Adicciones*, 9, 601-161.
- Lipsey, M. W. (1994). Identifying potentially interesting variables and analysis opportunities. En H. M. Cooper y L. V. Hedges (Eds.), *The handbook of research synthesis* (pp. 111-123). Nueva York: Sage.
- *López-Sánchez C. (2000). Comparación de diversas técnicas psicológicas en la prevención de las drogodependencias. Tesis doctoral. Universidad Miguel Hernández.
- *Luengo, M. A., Romero, E., Gómez, J. A., Guerra, A. y Lence, M. (1999). La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: Análisis y evaluación de un programa. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura.
- *González, S., Gómez-Durán, B. y García, M. P. (2000). Prevención del tabaquismo: Evaluación de la eficacia de un programa educativo-preventivo. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53, 661-671
- *Melero, J.C., Flores, R. y Pérez, J. (1998). Prevención del tabaquismo entre escolares de 12 a 16 años. EDEX: Informe técnico no publicado.

- Rooney, B. L. y Murray, D. M. (1996). A meta-analysis of smoking prevention programs after adjustment for errors in the unit of analysis. *Health Education Quarterly*, 23, 48-64.
- Rosenberg, M. S., Adams, D. C. y Gurevitch, J. (2000). *MetaWin 2.0: Statistical software for meta-analysis*. Sunderland, MA: Sinauer Assoc.
- Rundall, T. G. y Bruvold, W. H. (1988). A meta-analysis of school-based smoking and alcohol use prevention programs. *Health Education Quarterly*, 15, 317-334.
- Salvador, T. y Martínez, I. M. (1997). La evaluación de programas de prevención en las drogodependencias. *Revista de Estudios de Juventud*, 40, 95-108.
- Sánchez, J. y Ato, M. (1989). Meta-análisis: una alternativa metodológica a las revisiones tradicionales de la investigación. En J. Arnau y H. Carpintero (Coords.), *Tratado de psicología general*, 1: Historia, teoría y método (pp. 617-669). Madrid: Alambra.
- Schroeder, S., Laflin, M.T. y Weis, D. L. (1993). Is there a relationship between self-esteem and drug use? Methodological and statistical limitations of the research. *Journal of Drug Issues*, 23, 231-242
- SPSS 11.0 (2001). *Statistical Package for the Social Sciences*. SPSS Inc.
- Tobler, N. S. (1986). Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group. *Journal of Drug Issues*, 16, 537-567.
- Tobler, N. S. (1992). Drug prevention programs can work: research findings. *Journal of Addictive Diseases*, 11, 3, 1-28.
- Tobler, N. S. (1997). Aspectos del meta-análisis en la investigación de intervenciones preventivas. En *Progresos en el análisis de datos para la investigación de intervenciones preventivas* (pp. 265-311). Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (Orig. de 1994).
- Tobler, N. S., Lessard, T., Marshall, D., Ochshorn, P. y Roona, M. (1999). Effectiveness of school-based drug prevention programs for marijuana use. *School Psychology International*, 20 (1), 105-137.
- *Villalbí, J. R., Aubá, J. y García, A. (1993). Resultados de un programa escolar de prevención del abuso de sustancias adictivas: proyecto piloto PASE de Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 7, 70-77.
- Watcher, D. W. y Straff, M. L. (Eds.)(1990). *The Future of Meta-analysis*. New York: Russell Sage Foundation.
- Wolf, F. M. (1986). *Meta-analysis: Quantitative Methods for Research Synthesis*. California: Sage Publications, Inc.

Correspondencia

José P. Espada Sánchez
Universidad Miguel Hernández. Departamento de Psicología de la Salud. Carretera Alicante – Valencia, km.87. San Juan de Alicante.
03550 Alicante. ESPAÑA
E-mail: josepedro.espada@umh.es

APÉNDICE 1. Estudios empíricos integrados en el meta-análisis

Autor	Año	Sustancia	Componentes de los estudios	Edad	Calidad	d+ postest	d+ seguimiento
García-Rodríguez	1986	Genéricas	1. Información + modelado + RP ^a 2. Información + RP	-	6	0,51	0,79
Villalbí, Aubá y García	1993	Alcohol y tabaco	3. Información + EHS ^b + compromiso público	13	6	0,29	0,65
Alonso y Del Barrio	1998	Alcohol	4. Información + EHS + RP + educación emocional + decisión sobre el consumo) (monitores: expertos + líderes) 5. Información + EHS + RP + educación emocional + decisión sobre el consumo (monitores: profesores)	14	5,5	0,78	-
Casas	1998	Alcohol y tabaco	6. Información 7. Información + EHS 8. Información + EHS + habilidades de afrontamiento	14,7 14,6 15,1	5,5 5,5 5,5	0,85 0,96 -0,43	0,59 0,16 -0,05
Melero, Flores y Pérez	1998	Tabaco	9. Información	13	3,5	0,22	-
Luengo, Romero, Gómez, Guerra y Lence	1999	Genéricas	10. Información + modelado + EHS + RP + habilidades de afrontamiento + educación emocional + tolerancia y cooperación + alternativas de ocio	11,1	4	0,21	-
González, Gómez-Durán y García	2000	Tabaco	11. Información + EHS	12,5	3	0,42	-
López-Sánchez	2000	Genéricas	12. Información + RP 13. Información + representación de papeles en vídeo	12,11 12,16	7 7	-0,32 0,33	0,39 0,80
Espada	2002	Alcohol y drogas de síntesis	14. Información + EHS + RP + habilidades de afrontamiento + alternativas de ocio + compromiso público	14,2	6	0,78	0,51
		Inespecífico	15. Información + EHS + RP + habilidades de afrontamiento + alternativas de ocio.	14	6	-0,05	-0,26

^aresolución de problemas; ^bentrenamiento en habilidades sociales

*ARTICULOS
DE REVISIÓN*

TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO Y POLÍTICAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL

Teresa Salvador-Llivina (*)

() Directora del Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud (CEPS).
Consultora de la Comisión Europea para el Comité Científico y Técnico del
Fondo Comunitario de Tabaco. Miembro fundadora del Comité Nacional para
la Prevención del Tabaquismo (CNPT).*

RESUMEN

El artículo comenta las aportaciones de la investigación a la evidencia sobre la eficacia de las distintas intervenciones de apoyo asistencial a fumadores para dejar de fumar. Se revisa la eficacia de los diversos niveles de intervención terapéutica, así como la utilidad clínica de los tratamientos farmacológicos de primera elección: bupropión y terapias sustitutivas de nicotina. Se valora el impacto poblacional de las intervenciones comunitarias para promover el abandono del tabaquismo. Se analiza el valor de los tratamientos en el marco de una política asistencial efectiva para lograr una disminución significativa de la prevalencia actual del tabaquismo en España.

ANTECEDENTES

En los países occidentales desarrollados se ha estimado que un 14,9% del total de muertes registradas y un 11,7% de los años de vida ajustados por discapacidad son debidos al consumo de tabaco. El tabaquismo es así la causa aislada más importante de morbilidad y mortalidad prevenible en España y a él se atribuyen más de 50.000 muertes al año (Banegas et al., 2001). Muchos fumadores que expresan su voluntad de dejar de fumar tienen grandes dificultades para hacerlo debido al carácter adictivo de la nicotina (U.S. Department of Health and Human Servi-

ces, 1988 y 2000; American Psychiatric Association, 1995). En los sucesivos estudios sobre la situación del tabaquismo en España, que proporciona periódicamente la Encuesta Nacional de Salud realizada por el ministerio de Sanidad y Consumo, podemos observar que alrededor de un 70% de los fumadores quiere dejar de fumar, y un 60% de las personas que fuman en España lo ha intentado alguna vez (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989; 1992; 1995; 1999; 2001). Sin embargo, sólo alrededor de un 2% al año consigue su propósito con éxito (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999). La prevalencia del consumo de tabaco está en la actualidad estabilizada en torno al 34% de la población. Según ha estimado la OMS, uno de cada dos de los actuales fumadores jóvenes que no consigan dejar de fumar morirá prematuramente debido al tabaquismo, y sufrirán como media una pérdida de 20 años en su expectativa de vida (Peto Chen y Boreham, 1999).

España se encuentra en una fase avanzada de epidemia de consumo de tabaco, pero aún no se ha alcanzado el nivel máximo de los efectos negativos sobre la salud (morbilidad y mortalidad), especialmente en la población de mujeres.

La adicción al tabaco constituye un trastorno mental y del comportamiento, es una condición clínica crónica, susceptible de tratamiento. Ahora están claramente establecidos los beneficios para la salud que se obtienen al dejar de fumar. Se ha observado que a los 15 años de haber dejado de fumar, el riesgo de un ex-fumador casi llega a equipararse al de una persona que nunca haya fumado (U.S. Department of Health and Human Services, 1988 y 2000; Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, 1998). Pero la adicción al tabaco es una condición clínica crónica, difícil de superar si no se dispone del apoyo y el tratamiento adecuados (Royal College of Physicians, 2000).

El apoyo a los fumadores para el abandono del tabaco es una de las estrategias prioritarias de acción para el control del tabaquismo y la reducción de su impacto sobre la salud. Los resultados esperados de las intervenciones para promover el abandono del consumo de tabaco son: incrementar el número de años vividos; mejorar el nivel de salud y la calidad de los años vividos; evitar muertes prematuras; y reducir los costes sanitarios derivados del tratamiento de las condiciones clínicas asociadas al consumo de tabaco.

La progresiva sensibilización de los fumadores, el compromiso creciente de los profesionales sanitarios y la disponibilidad de alternativas de tratamiento eficaces (tanto psicológicos como farmacológicos) (Comité

Nacional para la Prevención del Tabaquismo, 2001), deben contribuir al mejor control del tabaquismo en España.

Este trabajo aporta una revisión sobre la eficacia de los distintos tratamientos del tabaquismo basada en la evidencia científica acumulada y en la experiencia de manejo asistencial y tratamiento de fumadores en España en las últimas décadas.

EFFECTOS DEL ABANDONO DEL CONSUMO DE TABACO

Los efectos del abandono han sido claramente establecidos en los estudios de cohortes de grandes poblaciones de EEUU, Canadá, Europa y Japón. La abstinencia tiene importantes e inmediatos beneficios para la salud en hombres y mujeres de cualquier edad, con o sin síntomas de enfermedad relacionada con el consumo de tabaco.

Uno de los efectos positivos que primero se producen después del abandono del consumo de tabaco es la modificación de la distribución del tipo de lípidos en sangre y en la actividad de las plaquetas (Skaar et al., 1997). Le siguen la disminución hasta un 50% del exceso de riesgo de infarto de miocardio y enfermedad cerebro-vascular arterio-cerebral letal al cabo de un año del abandono (Brown et al., 2000). Al cabo de unos años el riesgo de padecer cáncer de pulmón se va reduciendo progresivamente del 20-90%, y el riesgo de cáncer de cavidad oral se reduce a la mitad al cabo de 3-5 años de abstinencia llegando a igualarse a los de los nunca fumadores a los 10 años de abstinencia (Cinciripini y McClure, 1998). El abandono del consumo de tabaco mejora la función pulmonar en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El abandono del consumo en fumadores habituales antes de los 50 años reduce a la mitad el riesgo de muerte en los 15 años siguientes. Las mujeres que dejan de fumar antes del embarazo o durante los 3-4 primeros meses del embarazo reducen el riesgo de bajo peso al nacer y de complicaciones perinatales.

Así, el abandono del consumo de tabaco permite incrementar la esperanza de vida y añadir calidad de vida a los años vividos (Department of Health and Human Services, 1988).

REVISIÓN DE LA EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES

Los intentos de dejar de fumar sin un apoyo específico son los más frecuentes y extendidos, a pesar de ser los menos eficaces. Alrededor del

98% de personas que intentan dejar de fumar por sus propios medios y sin apoyo específico no consiguen su objetivo (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999).

Distintas iniciativas recientes en España han permitido disponer de trabajos de revisión de la evidencia existente, tanto en el ámbito de la Atención Primaria como del Tratamiento especializado y de excelentes guías de referencia clínica para el impulso del tratamiento del tabaquismo. Así se dispone de publicaciones y materiales producidos por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria a través de múltiples iniciativas (PAPPS, GAT, etc.), o las excelentes guías clínicas producidas por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET), o de entidades como el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT), y la propia Organización Médica Colegial (OMC).

Se revisa la evidencia científica disponible sobre la eficacia de las distintas alternativas de tratamiento mediante la recuperación de trabajos en las principales bases de datos de literatura biomédica: Database of Review of Effectiveness (DARE), Evidence Based Medicine (EBM), Internet Database of Evidence Based Abstracts and Articles (IDEA), MEDLINE, Evidence Based Medicine Reviews (publicada por OVID) y Patients Oriented Evidence that Matters (POEMs). Mediante estos instrumentos de búsqueda se han identificado los trabajos más relevantes de revisión y síntesis de la información basada en la evidencia sobre la eficacia de las intervenciones disponibles:

- El grupo Cochrane para la Revisión de la Adicción al Tabaco (*The Cochrane Tobacco Addiction Review*) ha realizado desde su creación 26 revisiones sistemáticas de los estudios randomizados con seguimiento de resultados de, al menos, 6 meses, meta-análisis y síntesis del conocimiento disponible en la literatura científica internacional. (*Tobacco Addiction Review*: <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/g160index.htm>).

- El trabajo de revisión de estudios experimentales publicados en lengua inglesa, realizado por un equipo de investigadores británicos, publicado en la revista *Thorax* (Raw McNeill y West, 1998) y actualizado en el año 2000 (West, McNeill y Raw, 2000). Este trabajo ha servido de base para orientar la política británica en el ámbito del tratamiento del tabaquismo (Department of Health, 2000), política que cuenta ya con la evaluación del primer año de su aplicación (Department of Health, 2001).

- El trabajo de revisión impulsado por el Servicio de Salud de EEUU,

encargado a un grupo de expertos en tratamiento del tabaquismo convocado a tal efecto (Fiore et al.,2000).

• El informe recientemente publicado por el NICE (*National Institute for Clinical Excellence*) del Reino Unido sobre las recomendaciones de uso de bupropión y de la terapia sustitutiva de nicotina en el tratamiento del tabaquismo (National Institute for Clinical Excellence,2002).

EL CONSEJO MÉDICO BREVE PARA DEJAR DE FUMAR

En la actualidad se dispone de numerosos ensayos clínicos de alta calidad sobre la eficacia del consejo médico breve para dejar de fumar, que se han ido acumulando a los trabajos realizados por Rusell y colaboradores en los años 70 (Russell et al., 1979). Estos ensayos clínicos (Raw McNeill y West, 1998; West, McNeill y Raw, 2000; Fiore et al.,2000; Silagy y Stead, 2002) han venido a confirmar y mejorar los resultados inicialmente obtenidos por Rusell. En la actualidad se considera que el consejo médico breve y sistemático proporcionado en atención primaria constituye una de las intervenciones clínicas más coste-efectivas para promover el abandono del tabaquismo (Royal College of Physicians 2000; Raw McNeill y West, 1998; West, McNeill y Raw, 2000; Fiore et al.,2000; Silagy y Stead, 2002; Torrecilla et al., 2001).

Se ha estimado que un 75% de la población acude al médico al menos una vez al año. Este hecho representa una oportunidad de oferta de consejo y apoyo para dejar de fumar a un alto porcentaje de fumadores. La extensión de la oferta de breve consejo sistemático protocolizado en las consultas de Atención Primaria podría conseguir la cesación en un 5% de los fumadores al año. Esto significaría que hasta 450.000 fumadores podrían dejar de fumar en España al año.

Este tipo de intervención, también denominada “intervención mínima”, consiste en:

1. Preguntar a todos los pacientes sobre su condición de fumador, ex fumador o nunca fumador, independientemente del motivo de consulta.
2. Registrar esta información en la historia clínica.
3. Aconsejar la conveniencia de abandonar el consumo de tabaco de forma clara y rotunda.
4. Ofrecer asistencia o un folleto de autoayuda para conseguirlo.

El consejo mínimo incrementa la probabilidad de conseguir la absti-

nencia entre todos los fumadores que lo reciben. La eficacia de la intervención se incrementa con su intensidad (relación dosis-respuesta). Así, añadir un seguimiento pautado, convocando al paciente para una o más visitas de refuerzo, las tasas de abstinencia alcanzadas pueden incrementarse de forma significativa (Raw McNeill y West, 1998; West, McNeill y Raw, 2000; Fiore et al., 2000). Las modalidades de intervención gradualmente más intensas pueden consistir en incrementar la duración de la intervención, añadir sesiones terapéuticas de seguimiento pautado y administrar tratamiento farmacológico, en pacientes con un consumo superior a los 10 cigarrillos /día y que no presenten contraindicaciones.

Es necesario disponer de evidencia concluyente para establecer la efectividad los grupos de apoyo en Atención Primaria para el seguimiento pautado en población no seleccionada.

Un buen ejemplo de las intervenciones realizadas en España desde la Atención Primaria lo constituye el "Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud" (PAPPS), que desde 1988 ha implantado una intervención en tabaquismo con diferentes evaluaciones, la última de las cuales (PAPPS, 2001) muestra que en el 54% de las historias clínicas –de los centros participantes en el PAPPS- consta que se ha realizado la intervención propuesta (registro y consejo), y un estudio de eficacia mostró que el 7,6% de los fumadores atendidos habían dejado de fumar (PAPPS, 1999).

En España se han ido desarrollando en la última década distintas propuestas estructuradas, sistematizadas y adaptadas a la Atención Primaria. Así, el Instituto Municipal de la Salud de Barcelona en 1990 (Nebot y Solberg 1990), adapta con el nombre de Proyecto de Ayuda a los Fumadores (PAF), el programa que Solberg desarrolló en 1985 (Solberg et al., 1990), fue adaptado a nuestro país. El PAF ha sido valorado por diferentes autores (De la Fuente et al., 1991; Martín, Jané y Nebot, 1993; Pérez, Oriol y Lou, 1994; Martín et al., 1997) quienes han encontrado cifras de efectividad elevadas. Asimismo, la intervención de enfermería desde Atención Primaria también ha demostrado su utilidad en estudios realizados en España (Nebot et al., 1990) tanto en población general como en pacientes con patología relacionada (Granollers, Pont y Úbeda, 1991; Granollers, Pont y Ubeda, 1995; Roman, Cristauro, y Muñoz, 1996). Otros trabajos publicados recientemente desde la Atención Primaria analizan aspectos relevantes como el uso de cuestionarios breves para valorar la motivación (Córdoba et al., 2000), la efectividad de las terapias combinadas (Grandes; Cortada y Arrazola, 2000), la utilidad del consejo en oficinas de farmacia (Barbero, Quintas y Camacho, 2000), y el valor predicti-

vo de la abstinencia a los dos meses (Barrueco et al., 2001), o el valor del consejo a embarazadas (García-Algar, Pichini y Castellanos, 2003).

A pesar de las evidencias de efectividad, el registro sistemático de la condición de fumador en la historia clínica de cada paciente y el consejo médico sistemático para dejar de fumar no se practican todavía de forma generalizada y sistemática en España. No obstante, diversas encuestas y estudios realizados indican que en los últimos 15 años se ha incrementado el número de médicos que ofrecen algún tipo de consejo a sus pacientes para dejar de fumar (Pardell et al., 1998).

Las principales razones que dan los profesionales sanitarios para mantener bajos niveles de actividad en el ámbito del tratamiento del tabaquismo suelen ser:

- Falta de tiempo.
- Percepción de falta de habilidades específicas para el manejo adecuado del tratamiento.
- Falta de la formación específica necesaria.
- Frustración ante las bajas tasas de éxito.

Estas cuatro dificultades percibidas apuntan las principales carencias de formación básica y continuada existentes en nuestro país, en materia de tratamiento del tabaquismo.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Se consideran fármacos de elección para el tratamiento del tabaquismo aquellos que han demostrado ser seguros, eficaces y de calidad, como medicamentos clínicamente adecuados y específicos para tratar la dependencia al tabaco. Son fármacos que han demostrado ser eficaces en ensayos clínicos de alta calidad (Raw McNeill y West, 1998; West, McNeill y Raw, 2000; Fiore et al., 2000; Hughes, Stead y Lancaster, 2002; Silagy et al., 2002; Jiménez et al., 2001; Hurt et al., 1997) y han sido aprobados por la Dirección General de Farmacia, del Ministerio de Sanidad y Consumo, como medicamentos adecuados y específicos para tratar el tabaquismo.

1. HIDROCLORURO DE BUPROPIÓN DE LIBERACIÓN PROLONGADA

El hidrocloreuro de bupropión de liberación prolongada (bupropión SR) es un antidepresivo con propiedades estimulantes, que inhibe de forma selectiva la recaptación neuronal de catecolaminas (noradrenalina y dopamina), incrementando los niveles de estas sustancias en las sinapsis

neuronales, sin que se inhiba la acción de la monoaminoxidasa. El bupropión actúa como un antidepresivo atípico con efectos a la vez dopaminérgicos y noradrenérgicos. Esta actividad puede simular los mismos efectos de la nicotina y así, disminuir los síntomas típicos de la abstinencia a la nicotina. Por otro lado, la eficacia de bupropión en el tratamiento del tabaquismo no parece provenir de sus efectos antidepresivos, ya que este fármaco presenta los mismos efectos de apoyo a la abstinencia del tabaco, tanto en pacientes sin diagnóstico de depresión como en pacientes con historia previa de depresión. El bupropión es el primer medicamento no nicotínico que ha demostrado su eficacia en el tratamiento del tabaquismo

El bupropión presenta una eficacia de mantenimiento del abandono a los 12 meses de finalizar el tratamiento entre el 18 y el 36%. El bupropión duplica las tasas de abstinencia a los 6 y 12 meses de la intervención, comparado con placebo. Estos resultados se han comprobado mediante ensayos clínicos de alta calidad y muestras amplias (Jorenby et al., 1999; Hays et al., 2001; Gratziou et al 2001). En uno de estos ensayos se observa que la utilización de bupropión sólo, o combinado con parches de nicotina, casi duplica la eficacia del uso exclusivo del parche de nicotina (Jorenby et al., 1999).

Los estudios más recientes perfilan diferentes aspectos de las potencialidades del tratamiento bupropión en el abandono del tabaquismo, tal es el caso de su mayor eficacia cuando se utiliza en tratamiento más prolongados (19 semanas) y en combinación con terapia cognitivo-conductual (Gratziou et al., 2001), o su efectividad para prevenir la recaída o las dificultades iniciales para mantener la abstinencia, utilizado en programas de tratamiento prolongado (Hays et al., 2001; Jamerson et al, 2001), o la buena respuesta de repetir tratamiento con bupropión en aquellos fumadores que intentan de nuevo el abandono y que fueron previamente tratados con el fármaco (Gonzales et al, 2001). Igualmente, se ha visto su eficacia y tolerabilidad en el tratamiento de fumadores con enfermedades cardiovasculares (Mc Robbie et al., 2001) y EPOC (Tashkin et al., 2001), así como su utilización en pacientes con trastornos mentales o psicopatológicos (Head et al.,2001; Hayford et al., 1999; Evins et al., 2001). En base a estos resultados, se considera que bupropión constituye un tratamiento efectivo para dejar de fumar, coadyuvante del consejo médico y del tratamiento especializado, y puede valorarse su administración en pacientes que presenten un consumo superior a 10 cigarrillos/día y que no presenten contraindicaciones.

Los estudios que han evaluado la seguridad de este fármaco (Hurt et al., 1997; Jorenby et al., 1999), presentan una tasa de abandono por efectos adversos, de un 8% en los grupos de tratamiento, frente a una tasa de abandono del 5% en los grupos control con administración de tratamiento placebo. Los efectos adversos más comunes son leves, y se centran en: sequedad de boca, cefalea, insomnio, erupción cutánea, prurito u otros síntomas de reacción anafiláctica o anafilactoide. En general, estos efectos están relacionados con la dosis administrada, por lo que pueden controlarse fácilmente mediante la reducción de dicha dosis. A diferencia de otros antidepresivos, el bupropión no interfiere con la actividad sexual (Rowland et al., 1997; Se graves et al., 2000). Las principales contraindicaciones se refieren a historia previa o actual de trastornos convulsivos, diagnóstico previo o actual de bulimia o anorexia nerviosa, historia previa o actual de trastorno bipolar, pacientes en proceso de deshabituación alcohólica o de retirada de cualquier medicamento que esté asociado con riesgo de convulsiones (particularmente benzodiacepinas), cirrosis hepática grave, tumor en el SNC, uso de inhibidores de la aminooxidasa (IMAO) en los últimos 14 días, o pacientes en tratamiento con otros medicamentos que contengan bupropión.

En España la comercialización del bupropión como medicamento eficaz para dejar de fumar fue aprobada por la Dirección General de Farmacia en Julio del 2000. Es el único fármaco de prescripción médica para dejar de fumar autorizado en nuestro país, y está disponible en el mercado español en presentaciones de 60 comprimidos de 150 mg bajo los nombres comerciales de Zyntabac® y Quomem®. Dado que burpropión ha aparecido recientemente en la escena del tratamiento farmacológico español, la investigación en España con este fármaco es aún escasa. Sampablo y cols. (Sampablo et al., 2000) han evaluado la combinación de terapia especializada de soporte, con la administración de bupropión y parches de nicotina, obteniendo tasas de abstinencia de hasta el 58% al año de seguimiento. La Organización Médica Colegial presenta a bupropión como una de las opciones terapéuticas a seguir por el médico español (Pardell et al., 2002).

En el informe reciente elaborado por el NICE (NICE, 2002) se resume de esta forma la eficacia clínica del bupropión:

- Existen claras evidencias de que el bupropión es más efectivo que un placebo en población general.
- El bupropión es tan efectivo en fumadores con EPOC como en población general.

- Las evidencias científicas iniciales muestran una mayor eficacia del bupropión sobre la TSN en la deshabituación tabáquica. Sin embargo, son necesarios más estudios en este sentido para establecer claramente esta diferencia si la hay.
- El único ensayo realizado con bupropión para prevenir las recaídas no ha encontrado este efecto positivo en los sujetos que han dejado de fumar.

TRATAMIENTO SUSTITUTIVO CON NICOTINA (TSN)

La utilización de fármacos que proporcionan de forma controlada nicotina permite reducir de forma clínicamente relevante la mayoría de los síntomas de abstinencia, facilita la modificación de conducta y consolida la abstinencia. Se están utilizando distintas vías de administración de nicotina que incluyen la vía transdérmica (parches), oral (goma de mascar), intranasal (spray nasal) o inhalatoria. El uso apropiado de las terapias farmacológicas sustitutivas de nicotina (TSN) en fumadores que desean dejar de fumar se ha mostrado eficaz, logrando duplicar las tasas de abstinencia a los 6 y 12 meses respecto a grupos control. Puede valorarse su administración en pacientes con un consumo superior a 10 cigarrillos /día y que no presenten contraindicaciones. Sus resultados mejoran cuanto más se adecua su utilización a las características del paciente (presentación y dosificación) y cuando su administración va acompañada de una intervención de apoyo (consejo médico y/o terapia de psicológica de apoyo que proporcionan los servicios especializados). En todo caso, y a pesar de ser fármacos de venta libre en farmacias, su administración debe atenerse estrictamente a las indicaciones de uso.

Este tratamiento presenta un buen perfil de seguridad con efectos secundarios menores (reacción cutánea circunscrita a la zona del parche, aftas bucales y molestias digestivas leves por la goma de mascar). No obstante su uso debe ser cauteloso. Su empleo en embarazadas se considera limitado. En la enfermedad cardiovascular se recomienda analizar la relación riesgo-beneficio en infartos recientes (4 semanas), angor grave o sujetos con arritmias. Los efectos secundarios más comunes del TSN, según cada una de sus presentaciones, son sequedad de boca, náuseas, trastornos intestinales, úlcera bucal y potencial riesgo de mantenimiento de la dependencia a la nicotina a largo plazo (chicles); irritación local e insomnio (parches); irritación de boca y laringe, tos y rinitis (spray nasal).

Su eficacia terapéutica ha sido demostrada en varias revisiones sistemáticas y meta-análisis de ensayos clínicos que han valorado los efectos

de las distintas vías de administración. La efectividad del TSN ha sido evaluada mediante ensayos controlados realizados en diferentes niveles de actividad clínica: atención primaria, consulta de especialidades médicas y unidades especializadas de tratamiento a fumadores. La tasa de abstinencia media conseguida a los 6 meses y un año del tratamiento alcanza entre un 25% y un 35%.

Las principales contraindicaciones se centran en pacientes con enfermedades cardiovasculares, por lo que debe usarse con precaución en enfermos cardíacos, especialmente dentro de las dos semanas posteriores a un infarto de miocardio; con enfermos que presentan arritmias severas, y con enfermos con angina de pecho severa. También debe limitarse su uso en mujeres embarazadas o durante el período de lactancia.

En España, el TSN se comercializa a través de las oficinas de farmacia y su dispensación no precisa receta médica, disponibles en nuestro país mediante las presentaciones de chicles, parches transdérmicos, comprimidos de nicotina (especialidades publicitarias) y como spray nasal.

En los primeros ensayos clínicos realizados en España desde 1981 en la Unidad de Tratamiento del Tabaquismo del Hospital Clínico de Barcelona se valoró la utilidad del TSN combinando la administración de chicle de nicotina con terapia grupal de apoyo, técnicas de control de estímulos, técnicas de refuerzo basadas en la evaluación fisiológica de la abstinencia y estrategias de prevención de recaídas (Salvador Llivina et al., 1986). Mediante un diseño randomizado a doble ciego, se demostró, por primera vez en nuestro país, que el tratamiento especializado del tabaquismo podía obtener resultados de casi un 50% de abstinencias al año de seguimiento (Salvador Llivina et al., 1988). Trabajos posteriores, han incorporado nuevas presentaciones y combinaciones de la TSN (parches y spray nasal) al tratamiento especializado, obteniendo buenos resultados (Jiménez et al., 1994; Jiménez et al., 1996; Jiménez et al., 1997; Jiménez et al., 1998; Jiménez et al., 1999; Jiménez et al., 2000; Monsó et al., 1994; Toral et al., 1998). La TSN se incluye también como una de las opciones terapéuticas consideradas eficaces en la guía publicada por la Organización Médica Colegial (Pardell et al., 2002).

En el informe reciente elaborado por el NICE (NICE, 2002) se resume de esta forma la eficacia clínica de la TSN:

- La TSN como terapia para dejar de fumar se ha investigado en profundidad en 113 ensayos clínicos randomizados con 28.000 participantes. La evidencia indica de forma inequívoca que la TSN ayuda a dejar de

fumar más eficazmente que un placebo. La mayoría de los datos provienen de estudios con chicles y parches de nicotina, por lo que en el momento actual se carece de datos suficientes para afirmar si otras presentaciones de nicotina son más eficaces.

- Los datos son mucho más débiles para la comparación de la eficacia de los parches de 16 y de 24 horas en dosis altas de nicotina para fumadores de alta dependencia. Los datos sugieren que no hay evidencia sólida que diferencien en términos de eficacia los parches de 24 y 16 horas. El dejar la terapia sustitutiva de nicotina de forma gradual no se ha encontrado que sea la mejor manera de realizar la terapia, sin embargo no existe evidencia sólida de la mejor pauta de tratamiento.

- Los efectos de los distintos niveles de motivación para ayudar con la TSN han sido difíciles de evaluar en esta revisión. Las estimaciones conjuntas de la eficacia calculadas en la revisión de Cochrane, sugieren que la TSN sólo es eficaz con la ayuda mínima. La estimación conjunta de la eficacia no resultó mayor al ir incrementando la intensidad de la ayuda. La carencia de datos que permitan comparar de forma directa en la TSN la ayuda mínima con la de alta intensidad imposibilita cualquier conclusión definida al respecto.

- No existen evidencias claras sobre mayor eficacia terapéutica entre las combinaciones de TSN o la monoterapia. Mientras que algunas combinaciones pueden ser útiles, se necesitan más estudios para llegar a una conclusión firme.

- La TSN puede ser menos eficaz que el Bupropión, pero de nuevo hay que puntualizar que se requieren más estudios al respecto.

- A excepción del Bupropión, no se ha demostrado ninguna otra intervención activa comparable en eficacia a TSN.

EL TRATAMIENTO INTENSIVO ESPECIALIZADO

El tratamiento especializado del tabaquismo se dirige a fumadores que han fracasado previamente con intervenciones más sencillas y a grupos de especial riesgo por sus características personales de consumo o de patología asociada (Salvador Llivina, 1983; Becoña y García, 1993; Lancaster y Stead, 2002; Stead y Lancaster, 2002; Jiménez et al., 2001). Este tratamiento más intenso y especializado puede ofrecerse individualmente o en grupo, con medidas que contemplan el carácter adictivo del tabaco y los factores psicosociales implicados en el proceso de su abandono. Los enfoques incluyen entre otros el análisis de la situación personal, la búsqueda de alternativas y el apoyo a la toma de decisiones, técnicas de

afrontamiento de situaciones conflictivas, la búsqueda de apoyo social y el abordaje del síndrome de abstinencia.

La oferta de apoyo intensivo o tratamiento especializado a todos los fumadores que desean dejar de fumar no es una estrategia eficiente. Entre los principales grupos que requieren este tipo de intervención asistencial estarían los fumadores con una alta dependencia al tabaco y fracasos previos en la consolidación de la abstinencia, los pacientes que presentan serios problemas de salud relacionados con el uso del tabaco y las mujeres embarazadas.

El tratamiento especializado se inicia generalmente con una sesión individual de diagnóstico y preparación, y continua con cinco sesiones de terapia de grupo (20-25 fumadores), o individual si se precisa, de una hora de duración repartidas a lo largo de un mes. Con posterioridad, se realizan sesiones de seguimiento a los 3, 6 y 12 meses. En estos programas se emplean técnicas combinadas para las fases de preparación, primeras semanas de abstinencia y mantenimiento de la abstinencia (responsabilización, autoregistro basal, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, control de estímulos, apoyo de grupo y social, refuerzo de la abstinencia, técnicas de relajación, consejos dietéticos, etc.).

Las unidades especializadas en este tipo de tratamiento, mediante un número limitado de sesiones terapéuticas intensivas y de seguimiento, ofrecen de forma eficiente intervenciones clínicas multicomponentes que combinan:

- Técnicas de apoyo psicológico, de tipo conductual, cognitiva, grupal, así como combinación de distintas técnicas, que dotan a los pacientes de estrategias prácticas para lograr y afianzar la abstinencia. Suelen ofrecer técnicas de resolución de problemas y entrenamiento en habilidades de afrontamiento, con soporte terapéutico y facilitación del soporte social fuera del tratamiento.

- Tratamiento farmacológico, donde la elección de fármacos de primera línea (bupropión y TSN) o de segunda, depende de la historia y situación actual de cada fumador.

- Técnicas de biofeedback para el refuerzo de la abstinencia, generalmente mediante la utilización de medidores de CO.

- Estrategias para la prevención de recaídas. Al igual que sucede en otros tipos de adicciones, el problema de las recaídas es uno de los principales retos a los que se enfrenta el tratamiento del tabaquismo. El tratamiento especializado del tabaquismo, incluye sesiones de seguimiento a largo plazo que intentan responder a esta necesidad aunque, por ahora, ninguna de las técnicas disponibles ha conseguido demostrar una clara efectividad.

Este tipo de intervención se ha demostrado altamente eficaz y coste-efectivo para los grupos de riesgo señalados, con eficacias variables entre el 30 y el 50% de abstinencia al año de seguimiento (Raw McNeill y West, 1998; West, McNeill y Raw, 2000; Fiore et al., 2000; Pérez-Trullén y Sánchez, 1999). Las revisiones realizadas no han encontrado diferencias significativas entre este tipo de tratamiento en formato individual o de grupo, por lo tanto, por razones de eficiencia, se recomienda que la oferta del tratamiento especializado se realice mediante tratamiento grupal (Lancaster y Stead, 2002; Stead y Lancaster, 2002).

Las ofertas de tratamiento especializado que incorporaban múltiples componentes comenzaron a generalizarse en España a finales de los 80. Además de las Unidades de Tabaquismo en hospitales iniciadas al comienzo de esa década (Salvador Llivina et al., 1986; Salvador Llivina et al., 1988; Salvador Llivina 1983), se presentaron otras propuestas desde el ámbito universitario, con la destacada contribución del Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología de la Universidad de Santiago de Compostela (Becoña y García, 1993; Becoña y Gómez-Durán, 1993; Becoña y Vázquez, 1998). Paralelamente, la oferta de tratamiento especializado del tabaquismo se incorporó en algunos centros de atención a las drogodependencias de ámbito municipal, comarcal, provincial o autonómico. Finalmente, ante las carencias observables en amplias zonas geográficas Españolas, algunas ONGs también incluyeron el tratamiento especializado del tabaquismo entre sus prestaciones, destacando en este sentido la considerable labor de la Asociación Española contra el Cáncer (AECC) que, en numerosas provincias Españolas, todavía constituye la única oferta de tratamiento especializado disponible (Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud, 2002).

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Las revisiones de los estudios disponibles hasta ahora sobre la eficacia de otras técnicas para dejar de fumar (técnicas aversivas, acupuntura, digitopuntura, auriculopuntura, hipnosis, electroestimulación, láser-terapia, etc.) indican que la aplicación de estas técnicas puede aportar algún grado de beneficio, pero los resultados obtenidos no son superiores a los alcanzados por placebo (Usseher et al., 2000; White, Rampes y Ernst, 2002; Hajek y Stead , 2002; Abbot et al., 2002).

INTERVENCIONES AMPLIAS DE CARÁCTER COMUNITARIO

Los programas poblacionales o comunitarios se basan en el reconocimiento de la importancia de los componentes sociales de la dependencia y de la motivación. Comprenden estrategias múltiples de intervención, fundamentalmente de incremento de mensajes favorables al abandono del consumo de tabaco en medios de comunicación (TV, radio, prensa) y la participación de líderes sociales, políticos y sanitarios, junto a la facilitación de recursos, generalmente de auto-ayuda, para fomentar y conseguir la abstinencia (folletos, programas en empresas, oferta de apoyo sanitario, premios, etc).

Buenos ejemplos de este tipo de intervención son los programas MRFIT, COMMIT y ASSIST desarrollados en los EEUU, diversos programas comunitarios dirigidos a población juvenil (Sowden y Arblaster, 2002), o programas de apoyo telefónico para dejar de fumar (Stead y Lancaster, 2002).

En España se han desarrollado iniciativas de apoyo por correo (Becoña y García, 1993; Becoña y Gómez-Durán, 1993; Becoña y Vázquez, 1998), así como el Programa "Quit & Win", popular en algunos países europeos e implantado en España a lo largo de los últimos años en un número creciente de CCAA con el nombre de 'Déjalo y Gana'. Aunque no se disponga de estudios experimentales de evaluación, los resultados de las evaluaciones realizadas indican que, en general, estos programas tienen escaso efecto sobre fumadores intensos y altamente dependientes y efecto moderado sobre fumadores ligeros y poco dependientes. Sin embargo, al tratarse de programas que alcanzan a toda la población son altamente eficientes, dado que pueden lograr una tasa relevante de abstinencia a un bajo coste (Moragues et al., 1999).

En una reciente revisión de ensayos controlados sobre intervenciones comunitarias (Secker-Walker et al, 2003) se destaca el déficit de estudios amplios y bien diseñados para precisar el efecto de estos programas en la población. El análisis de estudios que comparan programas comunitarios dirigidos a población juvenil (Swoden et al, 2003), proporciona evidencia de disminución de la prevalencia de tabaquismo en esta población.

CONSIDERACIONES FINALES

Todas las investigaciones revisadas en este trabajo, señalan que algunos de los tratamientos del tabaquismo disponibles en la actualidad consiguen elevar de forma significativa las tasas de abstinencia muy por

encima de la tasa de remisión espontánea que se produce sin ningún tipo de apoyo terapéutico.

En base a estos resultados, cabe destacar la disponibilidad de intervenciones terapéuticas de alta eficacia y eficiencia en el tratamiento del tabaquismo. Las carencias del sector (dificultades para la generalización de las intervenciones asistenciales de apoyo al abandono del consumo de tabaco y el escaso desarrollo de recursos especializados), representan una clara limitación para el desarrollo de una política global y racional de asistencia a fumadores en España. También es necesario considerar el elevado nivel de investigación y práctica alcanzado por los profesionales sanitarios españoles, debido al esfuerzo e implicación personal en esta área, muchas veces sin el apoyo necesario del sistema sanitario.

El desarrollo de una política efectiva de control del tabaquismo debe incluir medidas que faciliten a los fumadores dejar de fumar y ofrecer la ayuda disponible y de demostrada eficacia, adaptada a las características y necesidades de cada fumador. Sería deseable que el sistema sanitario público pudiera ir ampliando la oferta de tratamiento de la dependencia al tabaco, causa de una parte muy relevante de la morbi-mortalidad prevenible.

Se ha estimado que una intervención asistencial del tabaquismo con cobertura nacional, que incorporara el consejo médico breve y el apoyo farmacológico necesario, evitaría 2.613 casos de enfermedad al año de su implantación, 17.415 casos a los 10 años y 23.837 casos a los 20 años. Los costes acumulados asistenciales evitados serían de 3,5 millones de Euros en el segundo año de su implantación y 386 millones de Euros a los 20 años. Las muertes acumuladas evitadas serían 284 en el segundo año y 9.205 a los 20 años de la intervención (González-Enríquez et al.).

La generalización del consejo médico para dejar de fumar, la facilitación del tratamiento farmacológico adecuado en determinadas indicaciones y la ampliación de la cobertura y acceso a los recursos especializados, deben ser considerados como objetivos prioritarios. Previamente, se deberían clarificar los criterios de adecuación y equidad en la prestación de los servicios, la dotación de recursos económicos, la utilización de instrumentos y tratamientos adecuados, así como medidas de formación profesional básica y continuada que garanticen la disponibilidad de recursos humanos competentes.

La articulación de una política sanitaria de estas características podría contribuir sensiblemente a disminuir la prevalencia del tabaquismo e incrementar las tasas anuales de ex-fumadores. Con ello se estaría con-

tribuyendo a reforzar los esfuerzos preventivos desarrollados desde las administraciones públicas de ámbito nacional, autonómico y local.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J. Hypnotherapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 1, 2002. Oxford: Update Software.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. Washington DC: APA, 1995.
- Banegas Banegas JR; Díez Gañán L; Rodríguez-Artalejo F; González Enríquez J; Graciani Pérez-Regadera A; Villar Álvarez F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Med. Clin (BCN)* 2001; 117(18): 692-694.
- Barbero JA, Quintas A, Camacho J. Deshabitación tabáquica desde la farmacia comunitaria. *Atención Primaria* 2000; 10: 693-696.
- Barrueco M, Torrecilla M, Maderuelo JA, Jiménez C, Hernández MA, Plaza MD. Valor predictivo de la abstinencia tabáquica a los 2 meses de tratamiento. *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 246-250.
- Becoña E, García MP. Nicotine fading and smokeholding methods to smoking cessation. *Psychological Reports* 1993; 73: 779-786.
- Becoña E, Gómez-Durán BJ. Programas de tratamiento en grupos de fumadores. En D. Macià, FX Méndez y J Olivares Eds. *Intervención Psicológica: programas aplicados de tratamiento*. Madrid: Pirámide, 1993.
- Becoña Iglesias E, Vázquez González F. Dejar de fumar como un proceso: implicaciones asistenciales. En: *Libro blanco sobre el tabaquismo en España*. Cap. 13. Barcelona: Glosa, 1998.
- Brown RA, Larkin JC, Davis RL. Current concepts in the management of smoking cessation: a review. *Am J Manage Care* 2000; 6:394-404.
- Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud. Mapa de recursos de tratamiento del tabaquismo en España. En línea: www.atenciontabaquismo.com
- Cinciripini PM, McClure JB. Smoking cessation - recent developments in behavioural and pharmacologic interventions. *Oncology* 1998; 12:249.
- Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. *Libro Blanco sobre el Tabaquismo en España*. Barcelona: Glosa, 1998.
- Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. *Recomendaciones del I Congreso Nacional sobre Prevención y Tratamiento del Tabaquismo*. En línea: <http://www.cnpt.es>
- Córdoba R, Martín C, Casas R, Barbera C, Botaya M, Hernández A, Jané C. Valor de los cuestionarios breves en la predicción del abandono del tabaco en atención primaria. *Atención Primaria* 2000; 25 (1): 32-36.
- De la Fuente JA, Font C, Gosalves V, Ballestin M. Programa de Ayuda al Fumador. Evaluación preliminar. *Aten Primaria* 1991; 8(5): 396-400.

- Department of Health. Saving lives. Our healthier nation. London: Stationery Office, 2000.
- Department of Health. Statistics on smoking cessation services in health authorities: England April 2000 to March 2001. London: DoH, 2001 (press release 2001/0342).
- Evins AE, Mays VK, Rigotti NA, et al. A pilot trial of bupropion added to cognitive behavioural therapy for smoking cessation in schizophrenia. *Nicot Tob Res* 2001; 3: 397-403.
- Fiore, M.C., Bailey, W.C., Cohen, S.J. et al. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. 2000.
- García-Algar, O., Pichini, S., Pacifici, R., y Castellanos E. Consejo médico para promover el abandono del consumo de tabaco en el embarazo: guía clínica para profesionales sanitarios. *Aten Primaria* 2003; 32(8): 481 - 491
- Gonzales DH, Nides MA, Ferry LH, et al. Bupropion SR as an aid to smoking cessation in smokers treated previously with bupropion: A randomized placebo-controlled study. *Clin Pharmacol Ther* 2001; 69 (6): 438-44.
- González-Enríquez J, Salvador-Llivina T, López-Nicolás A., et al. Morbilidad, mortalidad y costes sanitarios evitables mediante una estrategia de tratamiento del tabaquismo en España. *Gaceta Sanitaria* 2002. Artículo aceptado con fecha 10 abril 2002. *En prensa*.
- Grandes G; Cortada JM; Arrazola A. An evidence-based programme for smoking cessation: effectiveness in routine general practice. *Br J Gen Pract* 2000; 50(459): 803-807.
- Granollers S, Pont A, Ubeda I. Idoneidad de una consulta de tabaquismo en atención primaria. *Aten Primaria* 1995 Oct 15; 16(6): 331-336.
- Granollers S, Pont A, Ubeda I. Tabaquismo: resultados de una intervención de enfermería en atención primaria. *Enfermería Clínica* 1991; 1: 105-110.
- Gratziau C, Francis K, Maragianni A, et al. Bupropion treatment and cognitive behavioral therapy in a smoking cessation program. *Eur Respir J* 2001; 18 (Suppl. 33): 12s.
- Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 1, 2002. Oxford: Update Software.
- Hayford KE, Patten CA, Rummans TA, et al. Efficacy of bupropion for smoking cessation in smokers with a former history of major depression or alcoholism. *Br J Psych* 1999; 174: 173-178.
- Hays JT, Hurt RD, Rigotti NA et al. Sustained release bupropion for pharmacological relapse prevention after smoking cessation. A randomized controlled trial. *Ann Intern Med* 2001; 135: 423-433.
- Hays JT, Hurt RD, Rigotti NA, et al. Sustained-release Bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation. A randomized controlled trial. *Ann Intern Med*. 2001; 135: 423-433.
- Head CA, Vessicchio JC, Sahady DM, et al. Bupropion versus placebo for smoking cessation in schizophrenia: Effects of atypical antipsychotic drugs. 7th Annual Meeting (SRNT) 2001; pg 54 (P0204).

- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 1, 2002. Oxford: Update Software.
- Hurt RD, Sachs DPL, Glover ED, Offord KP et al. A comparison of sustained release Bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med*. 1997; 337: 1195-1202.
- Jamerson BD, Nides M, Jorenby DE, et al. Late-term smoking cessation despite initial failure: An evaluation of bupropion sustained release, nicotine patch, combination therapy and placebo. *Clin Ther* 2001; 23(5): 744-752.
- Jiménez CA, Ayesta J, Planchuelo MA et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET) sobre el tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Prev Tab*.2001; 3(2): 78-85.
- Jiménez CA, Barrueco M, Carrión F, Cordobilla R, Hernández I, Martínez E et al. Intervención mínima personalizada en el tratamiento del tabaquismo. Resultados de un estudio multicéntrico. *Arch Bronconeumol* 1998; 34: 433-436.
- Jiménez CA, Cisneros C, Perelló O, Barrueco M, Hernández MA, Solano S. Tratamiento individualizado del tabaquismo. Resultados con chicles de 2 y 4 mg. de nicotina. *Arch Bronconeumol* 2000; 36(3): 129-132.
- Jiménez CA, Florez S, Ramos A, Lorza JJ, Hernández-Mezquita MA, Solano S, Barrueco M. Tratamiento del tabaquismo con nebulizador nasal de nicotina. Resultados de un estudio multicéntrico. *Arch Bronconeumol* 1999; 35(11): 535-538.
- Jiménez CA, Florez S, Ramos A, Ramos L, Solano S, Fornies E. Smoking cessation with a 16h nicotine patch: results in a group of hospital workers. *Eur Respir J* 1997; 10(3): 573-575.
- Jiménez CA, González JM, Escudero C, Solano S, Pérez A, García S, Florez S. Resultados de un programa de cesación tabáquica en Neumólogos y Cirujanos de tórax. *Arch Bronconeumol* 1996; 32(3): 138-141.
- Jiménez CA, Solano S, Barrueco M, et al. Recomendaciones para la organización y funcionamiento de las unidades especializadas en tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2001; 37: 382-387.
- Jiménez CA, Solano S, Florez S, Ramos A, Ramos L. Parche de nicotina. Resultados a corto plazo en un grupo de trabajadores hospitalarios. *Rev Clin Esp* 1994; 194(6): 477-479.
- Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA et al. A controlled trial of sustained-release Bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med*. 1999; 340: 685-691.
- Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 1, 2002. Oxford: Update Software.
- Martín C, Jané C, Nebot M. Evaluación anual de un programa de ayuda al fumador. *Aten Primaria* 1993; 12: 86-90.
- Martín C, Córdoba R, Jané C, Nebot M, Galan S, Aliaga M. Et al. Evaluación a medio plazo de un programa de ayuda a fumadores. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 744-748.
- Mc Robbie H, Aaserud E, Lefrandt JD, et al. Zyban is an effective and well tolerated aid to smoking cessation in smokers with cardiovascular disease – An international study. *3rd Soc Res Nic Tob Eur Conf* 2001; pg 45.

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores de Salud. Cuarta evaluación en España del Programa regional Europeo Salud para todos. Dirección General de Salud Pública. Madrid: MSC, 1999.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud, 1987. Madrid: MSC; 1989.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud, 1990. Madrid: MSC; 1992.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1993. Madrid: MSC; 1995.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1997. Madrid: MSC; 1999.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2001. Madrid: MSC; 2001.
- Monsó E, Rosell A, Pujol E, Ruíz J, Fabregat A, Morera J. Intervención mínima sobre el tabaquismo en la consulta neumológica extrahospitalaria. *Arch Bronconeumol* 1994; 30(1): 12-15.
- Moragues I, Nebot M, Ballestín M, Saltó E. Evaluación de una intervención comunitaria (Programa "Quit and Win") para dejar de fumar. *Gaceta Sanitaria* 1999; 13(6): 456-461.
- Nebot M, Cabezas C, Oller M, Moreno F, Rodrigo J, Sarda T, Mestres J, Pitarch M. Consejo medico, consejo de enfermería y chicle de nicotina para dejar de fumar en atención primaria. *Med Clin* 1990; 95(2): 57-61.
- Nebot M, Solberg LI. Una intervención integral sobre el tabaquismo desde la atención primaria: el Proyecto de Ayuda a los Fumadores. *Aten Primaria* 1990; 7: 698-702.
- NICE (National Institute for Clinical Excellence). Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation. London: National Institute for Clinical Excellence; 2002. (Technology Appraisal No. 39).
- PAPPS. Evaluación de actividades 1999. <http://www.papps.org/99/menu99.htm>
- Pardell H, Jané M, Sánchez Nicolay I, Villalbí JR, Saltó E, et al. Manejo del fumador en la clínica. Recomendaciones para el médico español. Organización Médica Colegial. Madrid: Medicina stm Editores (Ars Medica). Barcelona, 2002.
- Pardell H, Saltó E, Tresserras R, Salleras L. Tabaco y profesionales de la salud en España. En: Libro Blanco del tabaquismo en España. Cap. 11. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Barcelona: Glosa, 1998.
- Pérez L, Oriol P, Lou S. Variables relacionadas con la respuesta del fumador ante el consejo medico antitabaco. *Aten Primaria* 1994; 14: 578-579.
- Pérez-Trullén A, Sánche L. Guías prácticas de deshabituación tabáquica: ¿análisis coste-efectividad?. *Arch Bronconeumol* 1999; 35 (Supl. 3): 89-94.
- Peto R, Chen ZM, Boreham J. Tobacco: the growing epidemic. *Nature Medicine*. 1999; 5(1):15-17.
- Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. *Thorax* 1998; 53: suplemento 1.
- Roman P, Cristauro A, Munoz F. Intervención antitabaco en pacientes crónicos seguidos en consulta de enfermería. *Aten Primaria* 1996 Jul-Aug; 18(3): 123-126.

- Rowland DL, Myers L, Culver A, Davidson JM. Bupropion and sexual function: A placebo-controlled prospective study on diabetic men with erectile dysfunction. *J Clin Psychopharmacol* 1997; 17: 350-357.
- Royal College of Physicians. Nicotine Addiction in Britain. A report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. London: Royal College of Physicians, 2000.
- Russell MAH, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioners' advice against smoking. *Br Med J* 1979; 2: 231-235.
- Salvador Llivina T, Marín Tuyà D, González Quintana J, Iniesta C, Muriana C, Castellví E, Agustí A. Tratamiento del tabaquismo: comparación entre una terapia de soporte y una terapia utilizando soporte, chicle de nicotina y refuerzo del comportamiento. *Medicina Clínica (Barc)*. 1986; 87(10): 403-406.
- Salvador Llivina T, Marín Tuyà D, González Quintana J, Iniesta C, Muriana C, Castellví E, Agustí A. Tratamiento del tabaquismo: eficacia de la utilización del chicle de nicotina. Estudio a doble ciego. *Medicina Clínica (Barc)* 1988; 90(16): 646-650.
- Salvador Llivina T. El tratamiento del tabaquismo y su futuro. *JANO* 1983; 594: 72-78.
- Sampablo I, Lores L, Coll F, Rebas P. Asociación de bupropión y parches de nicotina como terapia para dejar de fumar. *Arch Bronconeumol* 2000; 36(7): 377-80.
- Secker-Walker RH, Gnich W, Platt S, Lancaster T. Community interventions for reducing smoking among adults (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford: Update Software; 2003.
- Segraves RT, Kavoussi R, Hughes AR, Batey SR, Johnston JA, Donahue R et al. Evaluation of sexual functioning in depressed outpatients: a double-blind comparison of sustained-release bupropion and sertraline treatment. *J Clin Psychopharmacol* 2000; 20: 122-128.
- Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 1, 2002. Oxford: Update Software.
- Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 1, 2002. Oxford: Update Software.
- Skaar KL, Tsoh JY, McClure JB, Cinciripini PM, Friedman K, Wetter DW, et al. Smoking cessation: 1. An overview of research. *Behavioural Med* 1997; 23:5-13.
- Solberg LI, Gepner GJ, Maxwell PL, Kottke TE, Brekke ML. A systematic primary care office-based smoking cessation program. *J Fam Pract* 1990; 30: 647-654.
- Sowden A, Arblaster L, Stead L. Community interventions for preventing smoking in young people (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford: Update Software; 2003
- Sowden A, Arblaster L. Community interventions for preventing smoking in young people (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 1, 2002. Oxford: Update Software.
- Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 1, 2002. Oxford: Update Software.

- Stead LF, Lancaster T. Telephone counseling for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 1, 2002. Oxford: Update Software.
- Tashkin DP, Kanner R, Bailey W, et al. Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A double-blind, placebo-controlled, randomised trial. *Lancet* 2001; 357: 1571-75.
- Toral J, Ortega F, Cejudo P, Gualberto MR, Montemayor T. Eficacia de un programa de deshabituación al tabaco con tratamiento sustitutivo combinado de nicotina (parches más chicles) a los seis meses de seguimiento. *Arch Bronconeumol* 1998; 34: 281-284.
- Torrecilla M, Barrueco M, Maderuelo JA, Jiménez CA., Plaza MD, Hernández MA. Deshabituación tabáquica en una consulta de atención primaria: eficacia del consejo médico, la intervención mínima y la terapia sustitutiva con nicotina al año de seguimiento. *Aten Primaria* 2001; 9: 629-636.
- U.S. Department of Health and Human Services. Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General. Atlanta :USDHHS, 2000.
- U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: nicotine addiction: a report of the Surgeon General. Washington DC: Government Printing Office, 1988.
- Usseher MH, West R, Taylor AH, McEvwen A. Exercise interventions for smoking cessation. Cochrane Collaboration. *Cochrane Library*. Issue 3. Oxford: Update Software, 2000.
- West, R, McNeill, A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000; 55: 987-999.
- White AR, Rampes H, Ernst E. Acupuncture for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 1, 2002. Oxford: Update Software.

Correspondencia:

Teresa Salvador Llivina
Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud
Carretera de Húmera, 60
28224 Pozuelo de Alarcón- Madrid
teresa.s.ll-ceps@jet.es

*FORO
POLÍTICO*

ADICCIONES, DROGAS Y DROGODEPENDIENTES: RESOLVIENDO NECESIDADES

Leire Pajín Iraola

Secretaria Federal de Movimientos Sociales y relaciones con las ONG. PSOE

INTRODUCCIÓN

El contexto social de los patrones de consumo, como expresión del modelo de sociedad, se mueve aceleradamente. Es sabido, que las actuales formas en la ingesta, la tipología de los adictos, los debates sobre la legalización, los problemas de inseguridad ciudadana, la eclosión del voluntariado en la dinámica de las adicciones, sólo por citar algunos ejemplos, han variado con relación al inicio de la pandemia de la heroína. Por ello, es necesario, desde posicionamientos ideológicos y críticos, incitar de nuevo a la reflexión, tal como se efectuó con la heroína en los años ochenta, de forma que nos posibilite la adecuación de las políticas de drogas a las nuevas demandas sociales. Y siempre, desde el criterio de que la convivencia con el problema va a ser la norma, de que existen dificultades para su solución, y de que las respuestas ante las mismas son más útiles cuando forman parte de una estrategia coordinada y a largo plazo.

Desde el análisis y la revisión de las políticas de drogas en los últimos años, y más concretamente en España tras la entrada en vigor, en 1985, del Plan Nacional sobre Drogas, se ha producido un cambio brusco en la percepción social del fenómeno del consumo de drogas y de las drogodependencias. Quizás el más significativo resida en la concepción de las adicciones como una enfermedad y, por tanto, en el reconocimiento de que los pacientes son subsidiarios de la correspondiente atención socio-sanitaria. En este sentido, la aceptación cada vez mayor de las denominadas políticas de reducción de daños, que tiendan a minimizar los problemas de salud que se asocian al consumo, y que intentan mejorar la

calidad de vida de los pacientes se consideran como el objetivo prioritario, complementario del tantas veces utópico objetivo ideal del abandono del consumo.

A pesar del avance de la sociedad en la percepción de las dependencias pasando de un problema de delincuencia a uno de enfermedad, el gobierno de la derecha ha utilizado criterios moralistas con relación a los tratamientos y los programas que ha repercutido negativamente en la imagen social de los consumidores de drogas, estigmatizando fundamentalmente a la juventud.

La “estrategia nacional sobre drogas 2000-2008” trazada por el Gobierno del PP, mediante Real Decreto 1911/1999, de 17 de Diciembre, no deja de evidenciar un modelo estático-teórico, continuista, difícilmente evaluable, y que no aporta cambios sustanciales ni cuantitativos ni cualitativos al diseño anterior remitiendo al año 2003 como primera fecha para empezar a valorar. Es peor aun, el mayor hincapié que hace en el aspecto punitivo y represivo, olvidando las medidas sociosanitarias, a pesar de que en el pasado se viera conveniente la inclusión del PNSD en el Ministerio del Interior. Esta organización estuvo en aquel momento justificada por la epidemia de la heroína y, como consecuencia la alarma social creada y el sentimiento de inseguridad ciudadana, producto de la ausencia de políticas de reducción de daños.

El modelo político del Plan Nacional sobre Drogas del PP, basado en un Plan de lucha contra las drogas y no en un Plan de lucha contra las Drogodependencias, ha conllevado el trasvase de recursos económicos desde el área de la atención sociosanitaria a la lucha contra el Narcotráfico vaciando de contenidos los programas preventivos y recursos asistenciales consolidados durante el anterior gobierno socialista.

Prueba de ello es la paralización de incremento en las transferencias corrientes desde 1996 que gobierna el PP basado en criterios objetivos. Sin embargo se ha dado un aumento en los presupuestos especiales (presupuestos prioritarios o los derivados de los decomisos) cuyo reparto está basado en criterios exclusivamente discrecionales del Delegado del Plan Nacional, que no por casualidad vienen a financiar proyectos desarrollados en C.C.A.A gobernadas por el propio PP. Además, esta distribución no coincide con necesidades especiales o problemas emergentes que necesiten esa implicación diferencial del Estado.

En este caso, los socialistas proponemos que toda la inversión destinada a políticas de drogas incrementen las transferencias a las CCAA con una distribución del presupuesto basado en criterios objetivos y equita-

tivos.. Este reparto debe permitir la autogestión de las autonomías aunque garantizando una cobertura mínima desde las redes públicas de drogodependencias.

En estos momentos, proponemos que la organización político-administrativa del PNSD y las funciones de la Delegación del Gobierno, debe recaer en estructuras de carácter socio-sanitario (Ministerio de Sanidad – Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales), o bien, para dotarlo de mayor operatividad, vincularse a estructuras coordinativas horizontales de carácter supraministerial.

Las cuestiones derivadas del control de la oferta tales como: la lucha contra el narcotráfico, la cooperación internacional en la materia, la vigilancia de los precursores químicos, el intercambio de información, el blanqueo de dinero procedente del narcotráfico, ...etc. siguen siendo medidas, entre otras, de obligado cumplimiento y consideramos que deben desvincularse del nuevo modelo de Plan Nacional sobre Drogas.

De ahí que, el nuevo modelo del Plan Nacional sobre Drogas o como se considere denominarse, como todo Plan de Estado, debe permitir el diseño de actuaciones horizontales en sus políticas, de manera que se constituya en el referente de las actuaciones del Gobierno Central en materia de drogodependencias, y que marque unas directrices genéricas a seguir desde las diferentes Administraciones Central, Autonómica y Local, que garantice un equilibrio territorial real en esta materia e impida que la calidad y el acceso a los servicios en drogodependencias esté en función del territorio donde se resida. Este modelo debe garantizar además, la coordinación y el equilibrio con los distintos Planes Autonómicos y desde el impulso de la sensibilización y la participación social a través del voluntariado, de las ONGs o de los movimientos de autoayuda. Así como potenciar la coordinación en sectores tales como la educación, sanidad, empleo, servicios sociales etc....

El PSOE con las siguientes reflexiones, plantea un modelo de intervención coherente, desde el diseño de unos objetivos claros, a través de estrategias globales, multidisciplinarias, integradas y equilibradas, las cuales nos aproximen a las soluciones en el abordaje de las adicciones, de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias o de la demanda social imperante.

El partido Popular desde que está en el gobierno, ha intentado manipular a la opinión pública asociando intencionadamente en su discurso, el binomio drogas-delincuencia con el objeto de justificar posteriormente normas y medidas de carácter represivo que atacan directamente a la

libertad individual. Aunque pudiéramos mencionar múltiples ejemplos en esta línea, cabe destacar por su repercusión social, el estigma creado artificialmente sobre la juventud presentándola como una juventud desmotivada e insolidaria y preocupada exclusivamente por el consumo de alcohol y otras drogas en su tiempo de ocio. Es sabido que no ha existido en ninguna época anterior en nuestro país, un número mayor de absentismos entre la población juvenil, por tanto, esta percepción se aleja radicalmente de la verdad. ¿Pero cual es la motivación de la derecha para expandir esta imagen?. La respuesta es obvia: cuando hablan de “prevenir los consumos de fin de semana”, intentan ofrecer una justificación bondadosa a las medidas coercitivas y represivas encaminadas a solucionar otro problema bien distinto que es, el de la convivencia con los vecinos que sufren la consecuencia negativa del “botellón”.

Es indudable que esta problemática también existe, pero los socialistas creemos que hay que afrontarla desde el diálogo y la participación ciudadana y no desde la actuación de las fuerzas de Seguridad. Solo diferenciando ambas cuestiones, la de la convivencia entre vecinos y jóvenes y la del consumo de alcohol y otras sustancias, pueden abordarse ambos temas de forma racional. El primero desde la participación y el diálogo y el segundo desde la puesta en marcha de programas de reducción de daños reales, dirigidos a una minoría de jóvenes que sí realizan consumos problemáticos durante el fin de semana.

Justo lo contrario de la política seguida por el PP que rompe el diálogo, introduciendo medidas represoras y abandonando y criticando los Programa de Reducción de Daños utilizando una falsa moral que afirma que esas medidas fomentan el consumo.

Otro ejemplo de actualidad y de especial incidencia en nuestra sociedad es la paradoja creada en torno al consumo de cannabis. El incremento en el tratamiento por consumo de esta sustancia en los últimos años, viene determinada por el incremento en las sanciones administrativas con relación a la penalización del consumo impulsadas desde que gobierna el PP y no por el aumento de los consumos problemáticos de esta sustancia. Es bien sabido que la mayoría de las personas que requieren tratamiento mantienen un consumo normalizado y lo hacen como medida para anular el importe económico que la sanción conlleva frente a una minoría que realmente tienen problemas en su relación con las sustancias. Por lo tanto este falso argumento persigue justificar de nuevo criminalizar a los consumidores y la utilización de medidas represivas.

Frente a estas medidas represoras y manipuladoras de la derecha, los

socialistas estamos convencidos de que el aumento de la capacidad de la sociedad para la toma de decisiones libres y responsables en materia de drogas nos impulsa a considerar otras medidas bien distintas. Proponemos las medidas preventivas como prioritarias: la prevención del consumo de drogas en los centros escolares es una urgente necesidad desde el amplio contexto de la Educación para la Salud. Las actividades y los programas de prevención en entornos familiares, laborales, deportivos, y en las comunidades locales deben contemplarse como preferentes. Los problemas de consumo en la juventud nos motiva a diseñar desde criterios reales, y siempre contando con los sectores afectados, desde el análisis de sus necesidades.

Es necesario que las nuevas políticas de Drogas garanticen, coordinen e incrementen la atención socio-sanitaria de las personas con problemas relacionados con el consumo, desde una normativa Nacional que garantice unos mínimos en los derechos sociales de los ciudadanos.

En este contexto asistencial está cada vez más extendida podemos concluir que existe una relación directamente proporcional entre las actuaciones socio-sanitarias en el marco natural del entorno del paciente y el éxito terapéutico; por ello, señalamos la importancia del papel a jugar por los municipios. Y, por otra parte, precisar que la atención individualizada de los casos nos permite obtener una mejora en sus condiciones de vida.

La implementación de los programas terapéuticos para aquellos colectivos en situación de especial riesgo y/o excluidos socialmente, tales como las terapias de sustitución con heroína, los servicios de reducción de riesgos y daños, como lo las salas de venopunción o de administración de drogas en condiciones higiénicas y seguras, o los trabajos de acercamiento a estos colectivos, deben contemplarse desde una absoluta normalidad.

Estos años han evidenciado que con objeto de prevenir los problemas potenciales de salud relacionados con el consumo de sustancias por consumidores, que no buscan por si mismos el contacto con servicios de tratamiento por múltiples causas, no debe ser razón para una demora en la respuesta socio-sanitaria temprana ante estas situaciones.

Los consumidores de drogas siguen suponiendo un problema de primer orden en los centros penitenciarios, por lo que los programas integrales en este medio se estiman como básicos. En concreto, nos estamos refiriendo a cualquier tipo de medida sociosanitaria que esté implantada en la sociedad.

La facilitación del proceso gradual de incorporación social de las personas con problemas de adicciones, debe admitir medidas de reinserción en las que se contemplen la educación, la formación, la vivienda y el empleo como áreas clave en la rehabilitación de estas personas.

Finalmente, entre las directrices en el nuevo PNSD, y con el objeto de garantizar la calidad de las respuestas relacionadas con las drogas, y de la existencia de un grado suficiente de información, planificación, infraestructuras, profesionalidad, formación, investigación y organización de redes, se exponen, en el presente documento, cada uno de estos criterios de actuación.

MARCO IDEOLÓGICO.

El Progreso como ideal, el Bienestar como modelo, la reducción de las desigualdades como compromiso y la participación como práctica política, son las señas de identidad de los/as socialistas, a diferencia de una política moralista y represiva que viene siendo la referencia fundamental de las políticas de derecha.

En efecto, si nos definimos en base a la reducción de desigualdades, la participación y el progreso, las políticas de drogas y adicciones no pueden estar basadas en prescripciones moralizantes tan habituales en este tema.

El partido socialista ha demostrado y lo sigue haciendo día a día, su capacidad para diseñar e implantar políticas justas y eficaces sobre drogas. En las Comunidades Autónomas donde gobierna el Partido Socialista Obrero Español se ha realizado con éxito, programas y campañas preventivas comprometiendo paulatinamente a un mayor número de sectores sociales, se han creado cauces efectivos para la incorporación social de los drogodependientes y se ha realizado una política coherente en este ámbito.

Pero no podemos darnos por satisfechos, es mucho lo que se ha hecho, pero poco en relación a lo que sigue siendo necesario y debe ser posible. Partimos de una situación de retraso de varias décadas respecto a los países de nuestro entorno. Consecuentemente, debemos solucionar los problemas acumulados, al mismo tiempo que afrontamos nuevos retos con muchos menos recursos que en otros países o, incluso en otras áreas de la política social.

Los socialistas queremos avanzar cualitativamente en las políticas de

drogas y adicciones. Para ello, proponemos que toda intervención que se realice esté dirigida a la obtención de la libertad individual y colectiva, a través de políticas de información, educación ciudadana y eliminación, en lo posible, de las condiciones y situaciones de vulnerabilidad. Este planteamiento implica, que todas las estrategias que se desarrollen en materia de drogas estarán enfocadas en una consideración integral de las personas, con independencia de sus circunstancias sociales y de consumo, procurando una mejora en su calidad de vida y previniendo, al mismo tiempo, situaciones que hasta el momento han desembocado en exclusión social.

Queremos trabajar con y para las personas desde la libertad, a través de la información y la formación para que su actitud ante las drogas sea responsable y coherente con sus valores. Admitiendo que en base a esa libertad individual, nos encontraremos con decisiones que van desde la abstinencia hasta la relación destructiva con las drogas, nuestras respuestas deben ir encaminadas a implantar estrategias de promoción de la salud a la población general, informando a los consumidores para que no sufran las consecuencias negativas de las sustancias, protegiendo a los menores y prestando atención socio-sanitaria a aquellas personas que ya sufren las consecuencias negativas de las drogodependencias.

Partíamos de personas que por su condición de excluidos en la mayoría de los casos, llegaban a establecer una relación destructiva con la heroína, pero la actualidad es bien distinta, la relación parece darse más bien al contrario. El avance económico y social, los nuevos patrones de consumo de sustancias tradicionales, así como la nueva visión del tiempo de ocio, ha modificado esta concepción, y son los consumos de otras sustancias o las conductas adictivas sin sustancia (ludopatía, cocaína, alcohol, drogas de diseño, etc.) las que en muchos casos llevan a personas socialmente integradas a situaciones de exclusión.

Como quiera que sea, independientemente de que la droga sea la causa o el efecto, tenemos nuevos retos que plantean incertidumbres y requieren nuevas ideas, nuevos modelos y nuevas propuestas sobre las que fundar un nuevo consenso social en el que debe basarse las políticas en el ámbito de las drogodependencias. Este nuevo consenso tiene que servir para consolidar el nivel de protección alcanzado, asumir nuevas iniciativas para mejorar la calidad de vida y afrontar decididamente la lucha contra toda forma de exclusión social.

Pero a diferencia del abordaje de otras problemáticas sociales, las drogodependencias en la mayoría de los casos, debido al estatus legal de las

sustancias, necesita de una reflexión distinta. Las consecuencias que ocasionan las drogas, podríamos enmarcarlas en dos ámbitos bien diferenciados, por un lado la política criminal, y por otro, la atención socio-sanitaria. Presentan dos escenarios bien distintos, los narcotraficantes y los drogodependientes. Los primeros serían los beneficiarios de las drogas y los segundos las víctimas.

Sin querer minimizar las estrategias de lucha contra el narcotráfico, los esfuerzos realizados en este ámbito, no deben superar nunca a los que se realicen en el tratamiento de la demanda. No podemos permitir que el narcotráfico marque las políticas de drogodependencia a nivel internacional. Es un hecho el que cada día contamos con más droga incautada pero a su vez y en el marco de la salud, hay muchas personas que todavía fallecen por dosis inadecuadas y por una errónea manipulación de la sustancia. En este sentido, no cabe duda, que la realidad sociológica está demostrando que si los hábitos de salud están mejorando con medidas informativas y preventivas y no represivas ¿no será que la política criminal debe aprender del modelo socio-sanitario?

Para cotejar esta información, tomamos como referencia un informe de recomendación realizado por la Comisión de Asuntos Sociales, de Sanidad y de la Familia de la Asamblea parlamentaria del Consejo de Europa, el cual propone el enfoque adoptado por Suiza, que desde 1994 ha reducido considerablemente el número de fallecimientos ligados al consumo de drogas, utilizando programas de prevención y de tratamiento que incluyen el intercambio de jeringas, el acondicionamiento de salas para inyectarse, el suministro de heroína a los toxicómanos altamente dependientes, así como programas de alojamiento y empleo para los toxicómanos. Esta Comisión observa, sin embargo, que el Reino Unido y Suecia han elegido la vía de aplicar serias sanciones legales por tenencia y consumo de drogas a pesar de los hechos que demuestran el escaso éxito de tal proceder.

Además de avanzar en las estrategias socio-sanitarias en drogodependencias, es necesario en estos momentos, para complementar esta perspectiva, que los/as socialistas protagonicemos el debate sobre la legalización o no, de las sustancias, en el marco de la Unión Europea. En definitiva, nuestra posición supondría actuar aportando una dosis de sensatez y tolerancia que permita afrontar, con mayor rigor y garantías de éxito, la inevitable convivencia con las drogas y la necesaria resolución de algunos conflictos asociados.

PROPUESTAS

Tenemos que hacer hincapié en la idea de que no existe una solución rápida y fácil para reducir las drogodependencias y sus consecuencias. La experiencia acumulada en España y otros países desarrollados nos permiten constatar y afirmar que el consumo de drogas y su repercusión social persisten en el tiempo. Por ello, debemos tener presente que estamos ante un fenómeno complejo en evolución permanente, que requiere de la aplicación de estrategias globales, adecuadamente coordinadas.

Los socialistas consideramos que la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, DGPNSD, debe ubicarse en un ministerio del ámbito de la salud o de las políticas sociales, tal y como sucede en la mayor parte de los estados de la Unión Europea.

Las transferencias que en materia de educación, salud y acción social, se han ido realizando en los últimos años definen un escenario completamente diferente del que existía cuando se creó el PNSD, año 1985. Ello implica que la actual política de financiación del PNSD y el concepto de transferencia presupuestaria a las Comunidades Autónomas deben adecuarse al actual marco competencial.

En concreto proponemos que la actual partida que hasta la fecha la DGPNSD transfiere a las CCAA, se incorpore a las transferencias ordinarias que la Administración Central realiza a las CCAA, y que cada una de estas, decida aplicar en su programa autonómico de drogas el presupuesto que considere, y que su Parlamento apruebe, en el marco de unos mínimos consensuados entre el Plan Nacional y las CCAA.

En relación a las partidas que en la actualidad existen en el presupuesto de la DGPNSD destinadas a estudios, investigaciones y programas pilotos, que ha gestionado hasta la fecha el PNSD de forma exclusiva y directa, proponemos que sea el Observatorio Español de Drogas el encargado de gestionarlo.

Constituyéndose este OED en un organismo autónomo, con un consejo de administración formado por representantes de las CCAA, del Parlamento de la Nación a través de la Comisión mixta Congreso-Senado, y de los Departamentos ministeriales con competencia en el tema.

El OED será el órgano encargado de definir y desarrollar programas, estudios, investigaciones etc. de carácter supraautonómico, que permitan una mejor eficacia en las políticas de drogas de las diferentes administraciones. Será asimismo el órgano que anualmente publicará el estado del arte del fenómeno en nuestro país, informe que será presentado en el

Parlamento de la Nación. Para ello, contará con un presupuesto específico dentro de los presupuestos Generales del Estado.

La actual situación competencial en materia de drogas, exige que mediante una norma básica se determinen los criterios en materia de prevención y las prestaciones que en el ámbito de la asistencia y la incorporación social deben regir para asegurar que todo ciudadano español tenga unos mínimos asegurados si se enfrenta a un problema de adicción.

Las estrategias a desarrollar sin invadir competencias exclusivas de las CCAA, sino de asegurar una política de mínimos en el conjunto de la geografía del estado, desde todos los ámbitos en los que intervengamos, deben estar dirigidas fundamentalmente a promover en el ámbito del Estado:

1. El impulso de forma decidida de la implantación de políticas preventivas y educativas, abarcando los posibles ámbitos de actuación.

En lo referente a las estrategias preventivas, se hace necesario por el aprovechamiento de los recursos y el mayor afianzamiento de los mensajes en la red social, intervenir con preferencia en el ámbito comunitario, implicando a todos los sectores de la población, con programas estructurados, planificados y coordinados a través de los planes municipales de drogodependencias. Y ello para

- evitar o retrasar el consumo en la población abstinentes
- minimizar las conductas de riesgo de aquellos ciudadanos/as que se han iniciado en el consumo de drogas
- y reducir los daños asociados al abuso en aquellos casos que ya se ha desarrollado cualquier tipo de adicción.

La familia y el medio educativo que son actores fundamentales en la transmisión de hábitos y valores, han de ser por tanto instrumentos imprescindibles en la construcción de políticas preventivas.

En el caso de la familia hemos de facilitar conocimientos para que sean capaces de intervenir en estos ámbitos si no están suficientemente preparadas, dando formación e información que les permita asumir sus responsabilidades en la educación de sus hijos / as. No obstante, y en consonancia con la realidad actual, debemos ser conscientes de que las intervenciones preventivas orientadas a ayudar a la familia a abordar el problema de los consumos y adicciones estarán adaptadas a las nuevas estructuras familiares del siglo XXI.

El medio educativo es un contexto idóneo para trabajar con la pobla-

ción infantil y juvenil, pero debe adoptar un modelo de prevención más dinámico que vaya más allá de la mera aportación de información, introduciendo el desarrollo de ciertas habilidades sociales y estrategias, actitudes, valores, creencias y hábitos de salud, que permitan finalmente al adolescente o al joven ser responsable de su decisión en relación al consumo.

Sin implicar una actitud represiva en cuanto al consumo, sino como medidas de control necesarias, hay que señalar que una de las estrategias complementarias a tomar, sería exigir el efectivo cumplimiento por parte de los poderes públicos de la legislación en cuanto al control de la publicidad y venta de alcohol y tabaco, con especial atención a aquellas medidas orientadas a la protección de los menores.

2. Facilitar los medios y la capacitación profesional para adaptar la red de atención a las drogodependencias a las nuevas demandas y diversificar la oferta terapéutica a las diferentes tipologías de usuarios/as.

Por razones históricas, las redes de atención a las drogodependencias han estado muy focalizadas en el tratamiento de la heroína. Es necesario aprovechar todos los recursos existentes y adaptarlos a las situaciones descritas anteriormente, de forma que toda persona que sufra una adicción o situación crítica respecto al consumo, independientemente de su edad, condición social, sexo o tipo de adicción acuda a la red existente con normalidad, sea para tratarse su tabaquismo o su adicción sin sustancia.

Para ello se hará necesario la adecuación de los espacios y las franjas horarias, así como la formación de los profesionales encargados de dichos tratamientos.

Esta adecuación no sólo debe ceñirse a los distintos tipos de adicciones, sino que al mismo tiempo debe darse una adaptación al momento en el que se encuentre la persona afectada con respecto a su adicción, por lo que las actuaciones formarán un continuo que irán desde la reducción del daño a cualquier tipo de tratamiento que implique abstinencia. Se deben dar por tanto, una complementariedad basada en la combinación entre programas de reducción de daños, programas de tratamiento, así como otras nuevas estrategias que vayan apareciendo, garantizando la permeabilidad entre los distintos programas y permitiendo el paso de unos a otros en distintos momentos de la evolución personal, sin interrupciones ni cambios traumáticos.

3. Impulsar recursos específicos para aquellos adictos más excluidos socialmente.

En nuestras ciudades existen gran número de personas excluidas, con grandes carencias personales y sociales que sufren problemas de dependencia. Es urgente en estos casos crear dispositivos que les sirva de referente para acercarlos a la red socio-sanitaria y cubrir aquellas necesidades básicas de supervivencia como la alimentación, el aseo, la salud, etc.

Atendiendo a que existe un número determinado de determinados drogodependientes a opiáceos que difícilmente van a conseguir una abstinencia o estabilización en programa de tratamiento con metadona, vamos a apostar firmemente para avanzar con mayores estrategias de reducción de daños orientados a prevenir la muerte por sobredosis o envenenamiento (opiáceos no controlados sanitariamente) por medio de equipos sanitarios en el terreno, dispositivos de inyección higiénica y posibilidad de derivación de determinados adictos a programas de dispensación y tratamiento con heroína.

Estos Centros o dispositivos no han de ser Centros de tratamiento de las adicciones, sino que han de facilitar el acercamiento y la adquisición de recursos mínimos que les permita ir abandonando su condición de excluido.

Este tipo de recursos deber estar impregnados de las estrategias de reducción de daños en todas sus actuaciones, y sería de gran interés que las salas de consumo higiénico estuvieran aquí situadas, para que formasen parte de una intervención global y no como simples escondites donde ocultar una realidad incómoda y poco estética para la mayoría de los ciudadanos/as como es el caso de las actuaciones impulsadas desde algunas Comunidades Autónomas gobernadas por el PP.

4. Apuesta decidida por el desarrollo de los programas de apoyo a la atención a las drogodependencias en las prisiones.

En los centros penitenciarios existe un gran porcentaje de presos que están cumpliendo condenas por delitos relacionados con el consumo de drogas, cuyas condiciones de deterioro sanitario son aun mayores que la de los toxicómanos en general.

A este colectivo hay que garantizarles la misma atención y disponibilidad de recursos que a la población normalizada, incluidos los nuevos tratamientos que se vayan incorporando y los Programas de Reducción del Daño.

Por otro lado se está dando también, una tendencia de deriva de la

población reclusa desde delitos contra la propiedad hacia delitos contra la salud pública de alrededor de 48.000 presos que había a finales de 2001 en cárceles españolas el 31,3% lo estaban por delitos contra la salud pública. El crecimiento entre 1999 y 2000 de este tipo de delito es de un 10%.

La acción represora no tiene efectos sobre la limitación del uso de drogas, como tampoco sobre los niveles de salud pública de un país, como nos demuestra un análisis de datos que correlaciona entre detenciones y muertes por reacción aguda o crónica, pero si eleva de manera muy importante los gastos que terminan por estimarse en un 70% de los orientados al ámbito de drogas (acción policial, judicial y penitenciaria).

Es recomendable frenar esta tendencia del coste para el fisco público que a la vez es un aumento de la exclusión social (mayor número de reclusos) sin ninguna incidencia positiva sobre la salud pública.

Ante el hecho de que gran parte de los delitos cometidos son consecuencia de la adicción que sufren estas personas, es necesario que las medidas a tomar sean de carácter más terapéutico que punitivo, para lo cual realizaremos una labor de concienciación y apoyo a este tipo de medidas desde todos los ámbitos de actuación.

5. Adecuar los programas de prevención, tratamiento e incorporación a las características específicas de los colectivos juveniles y de mujeres.

En los últimos estudios de prevalencia del consumo, se puede constatar que se ha incrementado considerablemente el consumo en mujeres y jóvenes de todas las sustancias, así como se ha producido un aumento considerable en estos sectores de adicciones de otro tipo.

Es necesario que en todas las intervenciones que se realicen, no perder de vista, las condiciones de edad y género como elemento diferenciador que nos permitan realizar actuaciones más adecuadas e incidir directamente sobre estos sectores de población con mensajes y recursos adaptados a sus características, para lo cual habrá que hacerlos partícipes y que aporten ideas y soluciones que permitan abordar los problemas desde una perspectiva más real.

6. Desarrollo de una red de incorporación social adaptada a las necesidades individuales.

Todas las políticas diseñadas para la actuación en drogodependencias, deben necesariamente estar encaminadas a evitar la exclusión y a facilitar el proceso de incorporación social de las personas, que a causa de su

adicción no están integradas. Por tanto, desde el conjunto de las Administraciones en colaboración con la iniciativa social y con la implicación real de los propios afectados, deben generarse mecanismos ágiles y efectivos que garanticen una mejora en la calidad de vida de los ciudadanos y eviten situaciones de rechazo.

El proceso de incorporación del drogodependiente tiene que ser dinámico y flexible, con la implicación real de la sociedad y sin estar vinculado a la abstinencia.

Aunque desde el comienzo de la puesta en marcha de las políticas de atención a las drogodependencias, se desarrollaron medidas compensatorias dirigidas a paliar las circunstancias deficitarias que provocan, hay que seguir trabajando en esta línea y diseñar estrategias adaptadas a la realidad actual.

Las nuevas estrategias en este ámbito deben estar dirigidas fundamentalmente a crear una red de incorporación social, con la estructura y la flexibilidad de la red de atención, que integre programas adaptados a los distintos perfiles de usuarios. Esta red estará integrada por medidas de apoyo social (medidas educativas, de empleo, culturales y de participación) potenciando por una parte, la discriminación positiva en aquellas actuaciones de inserción socio-laboral normalizada y por otra, impulsando nuevas formas de incorporación como la puesta en marcha de las nuevas empresas de inserción social, búsqueda de nuevos yacimientos de empleo, en línea por tanto, con las nuevas tendencias de la Unión Europea.

En definitiva, las nuevas medidas que se planteen en cuanto a la inserción laboral de estas personas, tendrían que combinar el compromiso empresarial con la formación, el apoyo social y el empleo.

7. Desarrollo e impulso de la acción investigadora y formativa desde el OED.

Es necesario contar con una información más fiable y objetiva sobre el fenómeno del consumo de drogas en sus aspectos epidemiológicos y sociales, que nos permitan planificar y realizar actuaciones preventivas desde una realidad más objetiva.

En esta línea igualmente, es necesario contar con información fiable, actualizada y periódica sobre el fenómeno de las drogas en el conjunto de Europa y en concreto en nuestro país que nos indique en tiempo real las modificaciones sustanciales de los patrones de consumo. Para ello se hace imprescindible el desarrollo de instrumentos estandarizados que

contribuyan a la elaboración de informes anuales de carácter nacional, a un adecuado registro de datos sobre el consumo actualizados y al desarrollo de Indicadores indirectos con el consumo problemático y la salud.

Desde esta óptica, la acción científica debe mostrarse imparcial a opciones morales o de compromiso con un modelo de rechazo frontal al consumo. La difusión de hipótesis científica no contrastada, puede tener consecuencias indeseables como el aumento injustificado de la alarma social y una obstaculización de la relación adulta de los usuarios reales o potenciales de drogas debido a la pérdida de credibilidad que conlleva difundir información que contradice su propia experiencia.

Es importante realizar una investigación científica que nos aporte conocimiento sobre los riesgos referidos con ciertos consumos de sustancias y a la vez ayude a los consumidores a orientarse y responsabilizarse de los riesgos que afrontan al consumir.

8. Potenciar la participación de la Iniciativa Social en la construcción de las políticas de drogodependencias.

La vocación universalizadora de las mejoras sociales que supone nuestro Estado Social y Democrático de Derecho, necesita del reconocimiento de la participación social como un derecho fundamental que garantice que la libertad y la igualdad desde un punto de vista real y efectivo.

La creciente conciencia de responsabilidad ha favorecido una etapa de auge de la iniciativa social que hay que valorar, articular con la acción de los poderes públicos y tener en cuenta en todos los diseños de las políticas sociales.

Los movimientos sociales específicos en drogodependencias juegan un papel fundamental en la detección de las nuevas demandas sociales y situaciones de riesgo, así como en la prestación de servicio a los sectores más desfavorecidos.

Por tanto, la iniciativa social, tiene que ser el referente en la construcción de las políticas de drogas, dando apoyo y fortaleciendo la prevención, atención e incorporación social en drogodependencias, además de participar activamente en la construcción de las políticas de drogodependencias. Para ello, deben tener acceso a los ámbitos de decisión, mediante los Consejos Asesores de Drogodependencias, en cada uno de los niveles de las administraciones públicas.

RECENSIONES DE LIBROS

TÍTULO:

**DROGODEPENDENCIAS.
FARMACOLOGÍA. PATOLOGÍA.
PSICOLOGÍA. LEGISLACIÓN**
Segunda Edición

AUTORES:

**Pedro Lorenzo
Juan Carlos Leza
Ignacio Lizasoain
José María Ladero**

EDITA:

Editorial Médica Panamericana

El presente libro, escrito por los profesores Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain de la Universidad Complutense de Madrid, constituye uno de los manuales más sistemáticos y rigurosos, de los escritos en español, sobre el abordaje de las drogodependencias.

A través de él, los autores realizan una exhaustiva y completa exposición de las sustancias tóxicas y de los patrones de consumo, que actualmente conviven en nuestra sociedad, ofreciéndonos una descripción detallada de las diversas sustancias, sus efectos y los tratamientos más novedosos existentes hasta el momento para abordar la problemática de la drogadicción.

En esta segunda edición, se ha añadido un enfoque legislativo y sociológico de la problemática de las drogas, así como un capítulo sobre análisis toxicológico y molecular en drogodependencias. De manera, que nos ofrece una amplia visión multidisciplinar e integral sobre el tema

(aspectos genéticos, psicológicos, sociales, jurídicos, preventivos, institucionales, documentación y fuentes de información...).

El manual está estructurado en trece secciones. La primera sección "Introducción" nos ofrece una visión general de las drogodependencias: Conceptos fundamentales, fundamentos biopsicosociales, mecanismos neuroquímicos y aspectos genéticos.

Las siguientes nueve secciones se organizan en función de las principales sustancias adictivas; Opiáceos, Cocaína, Anfetaminas. Drogas de Diseño. Otros estimulantes, Cannabis, Alucinógenos, Sustancias Volátiles, Alcohol, Benzodiacepinas y barbitúricos, y Tabaco. En cada una de ellas, aparece una completa exposición de la Farmacología de la sustancia en cuestión, su capacidad adictiva, las diferentes complicaciones que originan y los tratamientos más actuales.

Aparece otra sección, "Drogadicción y embarazo" dedicada exclusivamente al importante problema sanitario que produce el uso de Drogas durante el embarazo.

Los autores tampoco se olvidan del "Doping", uno de los mayores enemigos del deporte a escala mundial.

Finalmente, podemos encontrar una última sección "Legislación y drogas", en la que se incluyen aspectos legislativos y sociales de las drogodependencias, junto con un amplio capítulo sobre analítica de drogas.

La obra va dirigida a estudiantes de Medicina y ciencias biomédicas (Odontología, Farmacia, Enfermería, Fisioterapia...), Psicología y Terapia Ocupacional. También a los médicos, psicólogos de asistencia primaria, y a los trabajadores sociales y miembros de los grupos de trabajo de asistencia primaria al drogodependiente y a sus familias.

Gracias a las aportaciones de profesionales de reconocido prestigio y experiencia, el citado texto se presenta como uno de los clásicos de la literatura científica médica. Constituyéndose en una obra indispensable para todos aquellos que se dedican al estudio de las drogodependencias.

Mónica Gázquez Pertusa

RECENSIONES DE LIBROS

TÍTULO:
**ACTUACIONES CLÍNICAS EN
TRASTORNOS ADICTIVOS (A.C.T.A)**

COORDINADORES:
Juan José Fernández Miranda
Eduardo Gutiérrez Cienfuegos
Pedro Alberto Marina González

EDITA:
Aula Médica

568 páginas

El creciente número de profesionales que día a día se dedican a abordar la problemática de las drogodependencias trae consigo la necesidad de publicar cada vez un mayor número de manuales que faciliten el desarrollo de una labor clínica eficaz y positiva.

El presente manual pretende constituir una buena ayuda a todas aquellas personas que trabajan en la clínica de las adicciones, ofreciéndoles toda una serie de consejos y pautas de actuación con el objetivo de desarrollar una intervención asistencial lo más adecuada posible, adaptándose a cada caso y paciente concreto. Para ello se toman como referencia los resultados de recientes estudios e investigaciones, así como la propia experiencia de los autores del libro.

Los tres coordinadores generales de la obra son médicos de las Unidades de Tratamiento de Toxicomanías de las áreas III (Avilés), V (Gijón) y IV (Oviedo), de los Servicios de Salud Mental de Asturias (SESPA).

El manual consta de 10 capítulos. Los dos primeros abordan el tema de la evaluación diagnóstica, describiendo los aspectos más generales en el

tratamiento de los adictos, así como los principales criterios diagnósticos de los trastornos mentales y del comportamiento relacionados con el consumo de sustancias, según la CIE-10 y el DSM-IV, y por otro lado, se trata también la evaluación del proceso y resultado de las intervenciones terapéuticas, analizando el contexto de la entrevista clínica y la relación terapéutica, la exploración clínica y complementaria, los principales instrumentos de evaluación, además de la evaluación de la calidad asistencial.

La parte central del libro describe las principales sustancias: alcohol, tabaco, opiáceos, cocaína y otros psicoestimulantes, alucinógenos, cannabis, benzodiazepinas y juego patológico. A estas sustancias se les dedica la mayor parte del libro, seis de los diez temas, y de cada una de ellas se aborda desde los aspectos generales y epidemiológicos, el diagnóstico y evaluación, hasta la intervención psicológica, médico-farmacológica, así como las cuestiones más relevantes del tratamiento, puesto que cada una de ellas conlleva modos de actuación específicos.

En el capítulo nueve se desarrolla el tema de la patología dual, ya que existe una muy alta comorbilidad entre la drogodependencia y otros trastornos psiquiátricos, como son los psicóticos, afectivos, de ansiedad y de la personalidad. Por ello es de vital importancia conocer cómo actuar en estos complejos casos.

Por último, el capítulo diez está dedicado a las intervenciones psicológicas en adicciones. Se describen las técnicas de tratamiento más eficaces, así como cuándo y cómo aplicarlas. También se dedica un apartado dentro de este tema al juego patológico, ya que se trata de una dependencia sin sustancia de alta prevalencia y muy asociada al consumo de alcohol u otras drogas.

En la parte final del libro se incorpora por un lado, una serie de anexos, donde aparece la metodología seguida para elaborar el manual y un guión general, de evaluación y de patología dual. Por otra parte, se desarrolla el índice de los autores distribuidos por capítulos.

El contenido de cada uno de los diez capítulos ha sido elaborado por diversos grupos de trabajo organizados cada uno de ellos por un coordinador. Los miembros de estos grupos debían responder previamente a un cuestionario que utilizaban como guión alrededor del cual se organizaba toda la materia. Los contenidos definitivos de los capítulos se decidieron a través de una reunión en Oviedo de todos los grupos.

Los miembros que formaban parte de los distintos grupos son todos ellos profesionales con mucha experiencia clínica y un gran conocimien-

to en el tema de las adicciones, además de poseer un buen manejo de fuentes documentales y suficiente actividad investigadora.

En definitiva, se trata de un manual muy completo y que puede ser de una gran utilidad para todos aquellos profesionales que desempeñan una labor asistencial en el complejo mundo de las drogodependencias, facilitando actuaciones cada vez más competentes y eficaces.

Maite Poveda Huertes
*Instituto de Investigación de
Drogodependencias (INID)*

*CURSOS Y
DOCUMENTOS*

CURSOS Y DOCUMENTOS

CURSOS DE ESPECIALISTA UNIVERSITARIO EN DROGODEPENDENCIAS (2004-2005) 3ª Edición

"Especialista Universitario en Asistencia y Drogodependencias" (250 Horas)

"Especialista Universitario en Prevención y Drogodependencias" (250 Horas)

Organización

Coordinador del Curso:

- Prof. José A. García del Castillo Rodríguez (Director del INID)

Criterio de Selección de Alumnos:

- Titulados universitarios de primero o segundo ciclo (y excepcionalmente, aquéllas personas que reúnan los requisitos habituales de acceso a la Universidad, siempre que no superen el 25% del total de alumnos).
- Justificación, en cualquiera de los casos de acceso permitidos, de la titulación y/u otros requisitos.
- Cumplidos los requisitos anteriores, el criterio de selección será la valoración de la formación profesional del solicitante.

Lugar de Celebración:

- Clases Teóricas y Mesas Redondas: Facultad de Medicina de la Universidad Miguel Hernández en Sant Joan d' Alacant.

Organiza:

- Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID) de la Universidad Miguel Hernández.

Colaboran:

- Direcció General d' Atenció a la Dependència (Conselleria de Sanitat – Generalitat Valenciana)
- Colegio Oficial de Psicólogos del País Valenciano.

Información ampliada de los Cursos:

Página Web: <http://inid.umh.es>

E-Mail: inid@umh.es

Tlf: 965-91-93-19 / 43

Fax: 965-91-95-66

Dirección Postal del Instituto: INID - Facultad de Medicina (U.M.H.)
- Carretera Valencia, s/n 03550 Sant Joan d' Alacant.

Plazas

Pre-Inscripciones: Remitir solicitud de pre-inscripción mediante un fax ó correo postal (solicitar modelo de pre-inscripción al INID ó en página web) aportando los datos personales (nombre, apellidos, dirección, población, teléfono, fax, e-mail, titulación académica, lugar de trabajo, cargo). Habrá que especificar en el mismo el curso que se solicita.

Fechas de Pre-Inscripción y Matrículas: 15 de Julio hasta 15 de Octubre 2004

Matrícula: 1.300 Euros.

Forma de Pago: 1^{er} Pago de 700 Euros al formalizar la matrícula.
(Efectuado este 1^{er} Pago no se devolverá el importe del mismo).

2^o Pago de 600 Euros a los 6 meses.

Distribución de la carga lectiva.

Los estudios tienen una carga lectiva de 250 horas y su distribución es la siguiente:

- Parte común ó troncal: 100 horas.
- Parte especial en una de las áreas escogidas por el alumno: 80 horas.
(Parte teórica especial asistencial ó Parte teórica especial prevención).
- Asistencia a mesas redondas de debate y discusión: 20 horas.
- Realización de prácticas (con opción a realización de trabajo de campo): 50 horas.

Horarios de las sesiones

- Fines de Semana Alternos (Viernes Tarde y Sábados Mañana y Tarde según calendario).

Calendario

- Parte Troncal (Comienzo de los Cursos):
 - Inicio (Fin de Semana 22 y 23 de Octubre 2004)
 - Finalización (Fin de Semana 11 y 12 de Febrero 2005)
- Mesas Redondas:
 - Inicio (Fin de Semana 25 y 26 de Febrero 2005)
 - Finalización (Fin de Semana 11 y 12 de Marzo de 2005)
- Parte Prevención/Parte Asistencial (Se realizan de forma simultánea):
 - Inicio (Fin de Semana 1 y 2 de Abril de 2005)
 - Finalización (Fin de Semana 17 y 18 de Junio de 2005)

- **Solicitar calendarios completos en las oficinas del INID.**

- **Profesorado.**

- Bas Amorós, Antonio Luís. *Despacho Profesional de Abogados.*
- Bas Peña, Encarnación. *Universidad de Murcia.*
- Becoña Iglesias, Elisardo Manuel Ignacio. *Universidad de Santiago de Compostela.*
- Beneit Montesinos, Juan Vicente. *Universidad Complutense de Madrid*
- Bustamante Navarro, Rosario. *Psicóloga – Área Drogodependencias.*
- Cabrero Cabrero, Estanislao. *RENFE – Servicio Médico*
- Castellano Gómez, Miguel. *Consellería de Sanidad – Dirección General de Atención a la Dependencia.*
- Cortell Cortell, Carmen. *Unidad de Conductas Adictivas Ilegales de Alcoi.*
- Cortés Tomás, M^a Teresa. *Universidad de Valencia.*
- Cuesta Cambra, Ubaldo. *Universidad Complutense de Madrid.*
- De Vicente Manzanaro, M^a Purificación. *Unidad de Alcohología – Área 16 y 18 de Alicante.*
- García Barrachina, M^a José. *Unidad de Conductas Adictivas de Torrent.*
- García Campos, Fabiola. *Plan Municipal sobre Drogodependencias - Ayuntamiento de Alicante.*
- García Carrión, Carmen. *Universidad Complutense de Madrid.*
- García del Castillo Rodríguez, José A. *Universidad Miguel Hernández de Elche.*
- Gimeno Escrig, Carmen. *Unidad de Conductas Adictivas de Villajoiosa.*
- Guillén Gestoso, Carlos. *Universidad de Cádiz.*
- González Aragón, Carlos Manuel. *Universitat Jaume I de Castellón.*
- Hidalgo Quiles, M^a José. *Unidad de Alcohología – Área 19 de Elche.*

- Lahoz Lafuente, Manuel M^a. *Unidad de Tratamiento de Toxicomanías - Hospital Universitario de San Juan de Alicante.*
- López Sánchez, M^a del Carmen. *Universidad de Alicante.*
- Llopis Llácer, Juan José. *Unidad de Conductas Adictivas de Castellón.*
- Llor Bleda, José. *Fiscalía Audiencia Provincial de Alicante.*
- Lloret Irlés, Daniel. *Universidad Miguel Hernández.*
- Martí Llaguno, Marta. *Universidad de Alicante.*
- Masip Segarra, José Manuel. *Consellería de Empleo, Industria y Comercio.*
- Mateu Aranda, M^a Jesús. *Consellería de Sanidad – Dirección General de Atención a la Dependencia.*
- Mendieta Caviedes, Silvia. *Consellería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales de Cantabria.*
- Miguel Salgado-Araujo, Marta. *Universitat Jaume I de Castellón.*
- Palonés Ferrer, M^a Dolores. *UPC de Gandía.*
- Pascual Fernández, César. *Plan Nacional sobre Drogas.*
- Pascual Pastor, Francisco. *Unidad de Alcohología de Alcoi.*
- Pellín Mira, M^a de la Cruz. *Universidad Miguel Hernández de Elche.*
- Pérez Arróspide García, Jesús Antonio. *Observatorio Vasco de la Juventud.*
- Portilla Sogorb, Joaquín. *Hospital General Universitario de Alicante.*
- Rodríguez Fernández, Luís. *Plan Municipal sobre Drogodependencias - Ayuntamiento de Alicante.*
- Rodríguez Marín, Jesús. *Universidad Miguel Hernández de Elche.*
- Romaní Alfonso, Oriol. *Universidad "Rovira i Virgili" de Tarragona.*
- Ruiz Fernández, Javier. *Ayuntamiento de Portugalete.*
- Sánchez Martos, Jesús. *Universidad Complutense de Madrid.*
- Sanchís Fortea, Manuel. *Hospital Psiquiátrico de Bétera.*
- Sancho Muñoz, Alberto. *Unidad de Conductas Adictivas – Área 18 de Alicante.*
- Santos Romero, Concepción. *Licenciada en Derecho - Especialista en Prevención y Drogodependencias.*
- Sieres Sala, Jaime. *Universidad de Valencia.*
- Suay Lerma, Ferrán. *Universidad de Valencia.*
- Tomás Gradolí, Vicente. *Unidad de Conductas Adictivas - Área 9.*
- Valderrama Zurián, Juan Carlos. *Fundación de Ayuda contra la Drogadicción - Comunidad Valenciana.*
- Vicent Llorca, Stella. *GARA – Alcoi.*
- Villarino Marín, Antonio Luís. *Universidad Complutense de Madrid.*

TALLER: CONSUMO DE MENOS RIESGO

Objetivo general:

Capacitar a los profesionales para diseñar, aplicar y evaluar talleres de disminución de daños relacionados con el consumo de menos riesgo dirigidos al VIH, hepatitis y sobredosis.

Objetivos específicos:

1. Sensibilizar a los profesionales en la reducción de daños.
2. Aumentar los conocimientos y mejorar las actitudes de los profesionales acerca de prácticas de consumo de menos riesgo y la manera de reducir los daños.
3. Favorecer la realización de intervenciones individuales, en grupo o estructurales dirigidas a minimizar las situaciones de riesgo.
4. Formar en la programación de talleres de consumo de menos riesgo para usuarios de drogas.

Duración: 10 Horas

Contenido

- Disminución de daños
- Antropología del consumo
- Inyección de menos riesgo
- Como se hace un chino
- Formas de esterilización
- Metodología de desarrollo de los talleres
- Instrumentos para el desarrollo de los talleres

Información ampliada de los Cursos:

Página Web: <http://inid.umh.es>

E-Mail: inid@umh.es

Tlf: 965-91-93-19 / 43

Fax: 965-91-95-66

Dirección Postal del Instituto: INID - Facultad de Medicina (U.M.H.)
- Carretera Valencia, s/n 03550 Sant Joan d' Alacant.

Coordinador del Curso:

- Prof. José A. García del Castillo Rodríguez (Director del INID)
- Prof. José Pedro Espada Sánchez (Investigador del INID).

Profesorado:

Carmen Gimeno Escrig. Médico de la Unidad de Conductas Adictivas de La Vila Joiosa.

Calendario: Días 14 y 15 de Mayo de 2004.

CURSO: LA SUPERVISIÓN DE EQUIPOS EN EL ÁMBITO DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Objetivos:

Se pretende realizar un encuadre de la supervisión de equipos profesionales y, en concreto de drogodependencias desde una concepción del conflicto como una oportunidad, ya que desde esta perspectiva, el conflicto, permite un análisis constructivo sobre el desempeño profesional, permite poder establecer nuevas estrategias y procedimientos, indicar si procede nuevos aprendizajes y crear valores conjuntos y mejorar la autoestima profesional, desde el profesional al grupo y viceversa y, todo ello desde una visión del trabajo en equipo.

Índice temático:

- La supervisión de Equipos: Concepto y Elementos
- El conflicto como Oportunidad
- La Metodología de Trabajo desde la Supervisión
- Fases de la Supervisión
- El Supervisor: Funciones y Limitaciones
- El Equipo, Objetivos de Trabajo desde la Supervisión

Metodología:

Exposición de Conceptos, complementada con Discusión de Casos.

Coordinador del Curso:

- Prof. José A. García del Castillo Rodríguez (Director del INID)
- Prof. José Pedro Espada Sánchez (Investigador del INID).

Profesorado:

Carlos Luis Guillén Gestoso. Profesor de la Universidad de Cádiz.

Calendario:

Días 11 y 12 de junio de 2004.

Información ampliada de los Cursos:

Página Web: <http://inid.umh.es>

E-Mail: inid@umh.es

Tlf: 965-91-93-19 / 43

Fax: 965-91-95-66

Dirección Postal del Instituto: INID - Facultad de Medicina (U.M.H.) -
Carretera Valencia, s/n 03550 Sant Joan d' Alacant.

TALLER: ENTREVISTA Y TERAPIA MOTIVACIONAL. NIVEL I

Introducción:

Este taller está destinado a profesionales que trabajan en el campo de las drogodependencias y quieran conocer los principios teóricos y las técnicas básicas de la entrevista motivacional,

Objetivos:

Formar a los participantes en los principios teóricos y en la aplicación práctica de las técnicas de la Entrevista Motivacional.

Dotar de estrategias y recursos que favorezcan la práctica profesional en esta área y que permita a los participantes incorporar a su práctica clínica cotidiana las técnicas motivacionales básicas

Programa:

Introducción.

- Definición del modelo conceptual. Modelo de Prochaska y Diclemente.
- Etapas del cambio y objetivos del terapeuta.
- La motivación como probabilidad.
- Abordajes motivacionales efectivos.
- Análisis de las intervenciones breves.
- Consideraciones sobre la ambivalencia
- Principios básicos de las entrevistas motivacionales

La primera entrevista (FASE I)

- Las trampas más habituales.
- Las cinco estrategias de inicio.
- Evaluación y manejo de la resistencia.
- Estrategias para afrontar la resistencia

Reforzar la motivación para cambiar (FASE II)

- Reconocer la disponibilidad para cambiar.
- Errores comunes

Situaciones difíciles

- Trabajando con la pareja
- Pacientes coaccionados
- El paciente negador.
- La falta de tiempo
- Manejo de las emociones intensas

Metodología:

Interactiva, centrada en el trabajo clínico, tanto en grupo como mediante *técnicas de entrevista simulada, análisis de vídeos y discusión de casos.*

Coordinador del Curso:

-Prof. José A. García del Castillo Rodríguez (Director del INID)

Profesorado:

- Meritxell Torres i Morales. Psicóloga en el EAIA del Pallars Jussà. (equipo de atención a la infancia y a la adolescencia).

- Mercedes Balcells i Olivero. Psiquiatra del Hospital comarcal de Igualada.

Calendario: Días 2 y 3 de julio de 2004.

Información ampliada de los Cursos:

Página Web: <http://inid.umh.es>

E-Mail: inid@umh.es

Tlf: 965-91-93-19 / 43

Fax: 965-91-95-66

Dirección Postal del Instituto: INID - Facultad de Medicina (U.M.H.)
- Carretera Valencia, s/n 03550 Sant Joan d' Alacant.

CURSO: JUEGO PATOLÓGICO Y “ADICCIONES” A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

Objetivo General

- Ofrecer una visión profunda y actualizada del Juego Patológico así como del estado de la investigación científica respecto al uso excesivo de las nuevas tecnologías.
- Capacitar en la detección, diagnóstico y tratamiento del Juego Patológico y de las “adicciones” tecnológicas.

Objetivos Específicos

- Instruir a los alumnos en el concepto de adicciones no tóxicas.
- Dotar a los alumnos de la información necesaria para el conocimiento en profundidad de estos trastornos.
- Entrenar en estrategias de evaluación.
- Aprender el uso de instrumentos de evaluación.
- Conocer el tratamiento psicológico utilizado para cada uno de los diferentes trastornos.

Profesorado

- Antonio Castaños Monreal. Psicólogo Director Técnico de “VIDA LIBRE” (Asociación Alicantina de Afectados por la Ludopatía)
- Rosa Montesinos Espi. Psicólogo. Responsable de formación de “VIDA LIBRE”

Coordinador del curso:

- Prof. José Antonio García Rodríguez. Director del INID.
- Prof. Daniel Lloret Irlles (Investigador del INID).

Calendario: Días 15 y 16 de Octubre de 2004.

Información ampliada de los Cursos:

Página Web: <http://inid.umh.es>

E-Mail: inid@umh.es

Tlf: 965-91-93-19 / 43

Fax: 965-91-95-66

Dirección Postal del Instituto: INID - Facultad de Medicina (U.M.H.)

- Carretera Valencia, s/n 03550 Sant Joan d' Alacant.

CURSO: METODOLOGÍA PARA LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN SOCIAL

Objetivos generales:

Los objetivos que se establecen para este curso, al finalizar el mismo, el asistente sea capaz de:

1. Discernir la problemática subyacente a la evaluación de un programa de intervención social.
2. Adquirir los conocimientos básicos sobre diseño y evaluación de programas.
3. Adquirir las habilidades necesarias para llevar a cabo el diseño y la planificación de la evaluación de un programa en el área de la intervención en drogodependencias.
4. Conocer y utilizar los instrumentos metodológicos necesarios para poder llevar a cabo la evaluación con garantías de rigor.
5. Adquirir la habilidad necesaria para evaluar investigaciones ya publicadas dentro de este ámbito del conocimiento.

Contenido:

- Conceptos básicos en Evaluación de Programas.
- El ciclo de intervención social. Papel evaluador en los diversos momentos del ciclo de intervención. Evaluación de la evaluabilidad.
- El proceso de evaluación de programas: planteamiento, operaciones a observar, diseño, recogida de información, análisis de datos, informe. La evaluación sumativa y formativa. Estándares en la evaluación de programas.
- La recogida de datos. Técnicas de recogida de datos cuantitativas y cualitativas. Aspectos relevantes en la recogida de información.
- Diseños en evaluación de programas. Validez. Diseños no experimentales. Diseños con grado parcial de experimentalidad. Diseños experimentales.
- El análisis de datos en evaluación de programas.
- Aspectos específicos de la evaluación de programas en drogodependencias.

Profesorado:

Sonia Tirado González. Licenciada en Psicología. Profesora Asociada de la Universidad Miguel Hernández.

Coordinador del curso:

- Prof. José Antonio García Rodríguez. Director del INID.
- Prof. Daniel Lloret Irlles (Investigador del INID).

Calendario:

Días 26 y 27 de Noviembre de 2004.

Información ampliada de los Cursos:

Página Web: <http://inid.umh.es>

E-Mail: inid@umh.es

Tlf: 965-91-93-19 / 43

Fax: 965-91-95-66

Dirección Postal del Instituto: INID - Facultad de Medicina (U.M.H.)

- Carretera Valencia, s/n 03550 Sant Joan d' Alacant.

*NORMAS PRESENTACIÓN
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. Contenido de los artículos. El consejo editorial solicitará el asesoramiento de expertos independientes, quienes valorando la calidad técnica y científica de los artículos realizarán la correspondiente selección.
3. Solo se publicarán artículos inéditos no admitiéndose aquellos que hayan sido publicados total o parcialmente, ni los que estén en proceso de publicación. Se admitirán trabajos en Español, Inglés y Francés.
4. Normas de presentación:
 - Los artículos se remitirán a la Redacción de la Revista "Salud y Drogas", Instituto de Investigación en Drogodependencias. Universidad Miguel Hernández. Facultad de Medicina. Campus de San Juan.
Ctra. de Valencia, s/n. 03550 San Juan (Alicante)
 - Se enviarán tres copias escritas y disco informático (Microsoft Word y Word Perfect para Windows). Las copias estarán mecanografiadas en papel tamaño DIN-A4 y a doble espacio por una sola cara.
 - La extensión se ajustará a un mínimo de 10-12 páginas y un máximo de 25.
 - Los artículos constarán de los epígrafes característicos de la investigación científica a) Título, autores e institución a la que pertenecen. b) Resúmenes en castellano e inglés. C) Texto organizado en 1) Introducción 2) Método 3) Resultados 4) Discusión 5) Referencias bibliográficas.
 - Se utilizarán un máximo de 7 palabras clave.

- La preparación de los manuscritos ha de ceñirse a las normas de publicación internacional APA (American Psychological Association).
 - Las tablas y figuras deberán presentarse en hoja aparte numerándose correlativamente e indicando el lugar de colocación en el artículo.
5. Deberán acompañarse en folio aparte datos personales de autor/es nombre y apellidos, D.N.I., dirección, teléfono de contacto, indicando claramente el artículo.
 6. 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 hacerse depender de mejoras o modificaciones del trabajo que los consultores o el consejo editorial proponga al autor.
 7. Si se acepta un trabajo para su publicación, los derechos de impresión y de reproducción por cualquier forma y medio son de la Revista. Revista Salud y Drogas no rechazará cualquier petición razonable por parte del autor para obtener permiso de reproducción de sus contribuciones. Asimismo, se entiende que las opiniones expresadas en los artículos son de responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen la opinión y política de la Revista.

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 _____ Piso _____ 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 _____

** Suscripción gratuita*



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