

# 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 Beneit 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'Estrie. (Canadá)

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 Sirena  
Instituto de Investigaciones Citológicas. (Valencia)

Carmen López Sánchez  
Universidad de Alicante.

Rafael Maldonado López  
Universidad Pompeu Fabra.

Miguel Navarro García  
Universidad Complutense de Madrid.

Miguel Ángel Ortiz de Anda  
Edex-Centro de Recursos Comunitarios. (Bilbao)

Francisco Pascual Pastor  
Unidad Alcohología de Alcoy. (Alicante)

Jesús Ángel Pérez de Arróspide  
Fundación Vivir sin Drogas. (Bilbao)

Joaquín Portilla Sogorb  
Hospital General Universitario de Alicante.

Fernando Rodríguez de Fonseca  
Universidad Complutense de Madrid.

Javier Ruíz Fernández  
Ayuntamiento de Portugalete.

Jesús Sánchez Martos  
Universidad Complutense de Madrid.

José Sánchez Payá  
Hospital General Universitario de Alicante.

Manuel Sanchis Fortea  
Hospital Psiquiátrico de Bétera. (Valencia)

José Solé Puig  
Cruz Roja de Barcelona.

Miguel Ángel Torres Hernández  
Unidad de Alcoholismo y Toxicomanías  
de Torrent. (Valencia)

---

# ÍNDICE

---

<b>1. EDITORIAL</b>	<b>5</b>
<b>2. CARTAS AL DIRECTOR</b>	<b>9</b>
Puesta en marcha del programa de prevención escolar Barbacana en Rumanía <i>Maite Poveda, M<sup>a</sup> Carmen Soliveres</i>	11
<b>3. ORIGINALES</b>	<b>15</b>
Perfil de los usuarios de cocaína <i>Bartolomé Cañuelo, M<sup>a</sup> del Pilar García</i>	17
Características clínicas en tres grupos de dependientes a drogas <i>Emilio Sánchez-Hervás, Vicente Tomás, Esperanza Morales,     Reyes del Olmo, Noemi Molina</i>	27
Prevalencia del tabaquismo en una población periurbana de la provincia de Alicante <i>José M. Ortín, Juan Custardoy, Manuel Pineda, José G. Cano,     Maite Andreu, Carlos van-der Hofstadt, Fernando Sánchez</i>	41
<b>4. ARTÍCULOS DE REVISIÓN</b>	<b>55</b>
Diferencias en los criterios diagnósticos DSM-IV y DSM-IV-TR de los trastornos relacionados con sustancias y comentarios sobre términos utilizados <i>María de la Cruz Pellín, Carmen Gimeno, Javier Esteban</i>	57

---

## ÍNDICE

---

<b>5. INVESTIGADORES NOVELES</b>	<b>89</b>
A propósito de un caso de mielinolisis central pontínica en mujer con dependencia alcohólica <i>Carmen Gimeno, María de la Cruz Pellín, José M<sup>a</sup> Climent,     Inmaculada Camacho, M<sup>a</sup> José Gimeno , Amparo Rams</i>	91
<b>6. FORO POLÍTICO</b>	<b>101</b>
Derechos sociales y drogodependencias <i>Juan Carlos Martín Araújo</i>	102
<b>7. RECENSIONES DE LIBROS</b>	<b>107</b>
<b>8. CURSOS Y DOCUMENTOS</b>	<b>117</b>

---

## EDITORIAL

---

JONATHAN MANN

El 2 de Septiembre de 1998, Jonathan Mann, un médico de 51 años de edad, encontró prematuramente la muerte junto a su esposa en un misterioso accidente de aviación frente a la costa de Estados Unidos. Él fue el creador del Programa Global de la OMS para el SIDA, que dirigió desde 1986 a 1990, para, a partir de esta fecha, continuar su trabajo de lucha contra la pandemia desde la Universidad de Harvard.

Si hoy deseo honrar su memoria en las páginas de esta revista es debido, principalmente a dos razones: Ante todo, debido a que la expansión del VIH ha tenido lugar en gran medida debido al uso de drogas inyectadas, pero también a que Jonathan Mann representa ante el mundo de la salud la defensa y el desarrollo de una política preventiva eficaz que combina unos objetivos universales de salud para todos, con el ejercicio de alguno de los derechos humanos fundamentales.

Con respecto al primer aspecto sólo desearía mencionar que, en el contexto europeo, los países más afectados por infecciones de VIH debido a la práctica de muchos usuarios de drogas de compartir instrumental de inyección no estéril han sido España, Portugal e Italia, y en menor medida Suiza y Francia. En 2001, en el conjunto de países de la Unión Europea los casos de SIDA debidos a consumo intravenoso de drogas suponían el 32,6 % del total. En España, en este mismo año, se atribuyen a esta práctica más de la mitad de los casos diagnosticados.

A mi juicio, el mérito principal de Jonathan Mann consiste en haber puesto el énfasis en la prevención de los comportamientos de riesgo a través de un instrumento de comunicación sumamente sencillo, eficaz, susceptible de rápido aprendizaje y al alcance de todos los profesionales sanitarios (aunque hasta el momento su nombre carezca de traducción satisfactoria en el idioma castellano): *el counselling*.

En un documento de trabajo de la OMS de 1988 se comienza denunciando la realidad de aquel momento con las siguientes palabras: “El mundo se enfrenta a una epidemia producida por una enfermedad para la que, en el momento presente, no existe cura ni perspectivas de vacuna. Se expande gracias a la ignorancia humana, el miedo y la resistencia al cambio. La enfermedad es el síndrome de deficiencia adquirida (SIDA). Sin embargo, el SIDA puede prevenirse”. Tras subrayar que el *counselling* constituye un ingrediente vital en todas las estrategias para prevenir y controlar el SIDA, el documento señala que es necesario: a) integrar esta estrategia en todos los programas de detección, cribaje y atención sanitaria; y b) adiestrar en las habilidades de *counselling* al mayor número posible de profesionales sanitarios, a través de programas de formación que les sean fácilmente accesibles.

En España los programas de *counselling* específicos para el VIH fueron introducidos de forma limitada en 1989 pero no adquirieron continuidad y plena difusión hasta 1992 gracias a la iniciativa privada de una O.N.G y al patrocinio de un laboratorio farmacéutico. En esta época y hasta 1996, un grupo de psicólogos al frente de los cuales se encontraba Enrique García Huete y contando con el asesoramiento de Manuel Carballo, íntimo colaborador de Jonathan Mann, llevaron a cabo una interesante tarea de formación en *counselling*, mediante talleres en grupos reducidos y técnicas de *role playing*, en 1.500 profesionales sanitarios de primera línea en el campo del VIH (médicos, personal de enfermería, trabajadores sociales, funcionarios de prisiones, psicólogos, etc.) a lo largo y a lo ancho de toda la geografía española. Dado el carácter masivo de la intervención realizada —un hecho ciertamente excepcional en nuestras latitudes— y a la alta calidad de la misma, es justo dejar constancia de sus nombres: Arranz, Barbero, Barreto, Bimbela, Gómez Rodríguez, González Iglesias, González Sánchez, Gutiérrez León, Lacoste y Pitti.

De acuerdo con las proyecciones actuales, el número de nuevas infecciones por VIH en adultos se espera que, en el mundo, se incremente desde 4 millones en 2002 hasta 5 millones en 2005, con un número total acumulativo de nuevas infecciones que alcance los 45 millones en 2010. De estos 45 millones, se calcula que 29 millones podrían prevenirse si se pusiera en marcha un programa multidisciplinar de intervención que incluyera desde educación en las escuelas hasta campañas en los medios de comunicación, acción de los “iguales” y medicación antirretroviral. El *counselling* debería ser parte fundamental del mismo.

Jonathan Mann no era un visionario. Era un médico pragmático que supo calibrar la importancia del papel que debe jugar la psicología en el

complejo campo de la salud pública. ¿Por qué los organismos públicos son tan reacios a la incorporación de los psicólogos como profesionales sanitarios?.

Quisiera terminar reproduciendo unas palabras suyas: “El comportamiento humano es mucho más complejo que cualquier virus”.

Barcelona, 18 de Diciembre de 2002

**Ramón Bayés**  
*Profesor emérito de la Universidad  
Autónoma de Barcelona*

---

*CARTAS  
AL DIRECTOR*

---

---

PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA DE  
PREVENCIÓN ESCOLAR BARBACANA  
EN RUMANIA

---

Maite Poveda, M<sup>a</sup> Carmen Soliveres  
*Becarias de investigación del  
Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID)*

La prevención es considerada una de las estrategias principales capaz de evitar que el consumo de drogas, tanto legales como ilegales, se convierta en un serio y grave problema a nivel social. Según Martín (1995) la prevención en drogodependencias *“es un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas”*.

Dada la gran importancia que tiene esta cuestión dentro del campo de las drogodependencias se le ha prestado especial atención en uno de los proyectos que se están desarrollando en el Programa de Hermanamiento entre España y Rumania.

La Comisión Europea, a través de los fondos PHARE destinados a financiar actuaciones enfocadas a la reforma institucional y a la adopción y ejecución del acervo comunitario en los Países de la Europa del Este —candidatos a la adhesión—, impulsa los programas de hermanamiento *“Twinning-Phare”* entre las Administraciones Públicas de los países miembros de la Unión Europea y de los países candidatos. En esta dirección, el Gobierno español a través de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, desarrolla desde septiembre de 2001 en Rumania un convenio de hermanamiento cuya finalidad es formar y crear las estructuras administrativas necesarias para afrontar los nuevos retos que se plantean a la entrada en la UE. Los principales objetivos de dicho hermanamiento son: impulsar la coordinación

interministerial, colaborar en la redacción de una estrategia nacional sobre drogas y ofrecer asistencia en la recogida, análisis y elaboración del informe anual siguiendo los criterios de homogeneización impartidos por el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías. Así mismo, se han desarrollado una serie de actividades formativas en las diferentes áreas de Tratamiento, Prevención, Legislación y Reducción de la Oferta.

En el marco de este programa, el Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID) participó, en octubre del 2002, en el diseño y elaboración de un estudio piloto para la puesta en marcha del Programa de Prevención Escolar Barbacana en Rumania, así como en la formación del personal encargado de aplicarlo (tutores, profesores y otros agentes de prevención). Para ello se desarrollaron sesiones informativas en distintas ciudades del país seleccionadas para llevar a cabo el estudio. El objetivo principal que recoge estas dos actividades es el de asesorar en el diseño y puesta en práctica de programas en materia de reducción de la demanda de drogas, incidiendo de forma especial en los proyectos de prevención primaria, con el fin de impedir o retrasar la aparición de conductas de consumo, uso y abuso de las distintas drogas.

El objetivo general del Programa Barbacana (1998) es el de prevenir y retrasar el consumo de drogas en la adolescencia, así como informar a los alumnos de secundaria y dotarles de competencias personales y sociales ante los factores de riesgo. Para ello se intenta dar una alternativa válida al consumo de drogas trabajando con los alumnos de 12 – 13 años participantes en este estudio. Es cierto que es muy difícil luchar contra los fuertes intereses económicos que genera el mercado de las drogas, pero es posible cambiar las actitudes hacia el consumo y “vacunar” a los jóvenes para que sean más resistentes a las presiones de la vida cotidiana (García-Rodríguez, 1997).

La primera de las actividades “*Diseño de un estudio piloto para la implantación del Programa Barbacana*” se desarrolló en la sede del Ministerio de Educación en la ciudad de Bucarest, donde nos reunimos en varias ocasiones con cuatro expertas rumanas de dicho ministerio. A lo largo de estas reuniones se trabajaron diversas cuestiones, entre otras: los objetivos del programa de prevención escolar, las fechas concretas de implantación y evaluación del mismo, las ciudades y agentes participantes en el estudio piloto y se estableció el plan de acción a seguir durante las próximas semanas.

La segunda actividad que llevamos a cabo en Rumania, “*Formación de los agentes de intervención y puesta en marcha del programa de prevención*”,

consistió en el desarrollo de distintas sesiones informativas en las siguientes ciudades del país: Timisoara, Cluj Napoca, Sibiu, Iasi, Constanta y Bucarest. En estas sesiones se formó en materia de prevención a los profesores, directores, psicólogos, representantes de padres, de ONGs y de los Centros de Asesoramiento y Prevención e inspectores de educación de los 122 centros participantes. La actividad la desarrollamos conjuntamente con dos expertos del Ministerio de Educación de Rumania. Estas sesiones tenían como objetivo, que todas aquellas personas implicadas, de forma directa o indirecta, en la implantación del programa Barbacana se familiarizaran con éste y con las bases teóricas que lo sustentan.

Habría que destacar de una forma significativa en referencia a esta experiencia, la alta motivación de todos aquellos agentes implicados en el programa, a lo largo de la actividad el interés mostrado por todos en conjunto, hizo posible alcanzar los objetivos propuestos al inicio de la misma. Hasta el momento, en Rumania trabajaban la prevención de drogodependencias utilizando como única herramienta la información. Dado que las campañas preventivas realizadas no han logrado el objetivo principal de la prevención, éstos comienzan a trabajar con otro tipo de herramientas como son los programas de prevención escolar, en particular el Programa Barbacana que aborda la prevención de forma global e integradora.

Quizás una de las mayores dificultades encontradas en el desarrollo y puesta en funcionamiento del programa, ha sido la novedad que suponía el concepto de prevención primaria para los profesionales rumanos. En las distintas sesiones informativas los asistentes cuestionaban, en numerosas ocasiones, la necesidad de implantar el programa en grupos de alumnos no iniciados en el consumo, ante esta confusión se trabajó con más detalle el objetivo de la prevención primaria, de forma que todos llegasen a entender la importancia de actuar antes de la aparición del problema.

---

# *ORIGINALES*

---

---

## PERFIL DE LOS USUARIOS DE COCAÍNA

---

**Bartolomé Cañuelo Higuera, María del Pilar García García**  
*Servicio de Drogodependencias de Cruz Roja Española de Córdoba*

La cocaína en su historia más reciente (últimos 20 años), ha pasado de ser una sustancia con un cartel de droga poco ó casi nada adictiva, identificada con una determinada clase social bien posicionada económica y socialmente que por definición no se mezclaba con drogas como la heroína, considerada de marginados sociales, a ser una sustancia omnipresente en el panorama del consumo de drogas que en la actualidad se presenta en nuestro país.

En su evolución social se ha ido expandiendo en los distintos estratos sociales y se ha ido incorporando al policonsumo con distintas variables tanto en la vía de administración como en la asociación a otras drogas y redes de distribución, causando diferentes problemas según el marco de distribución, la población-diana y la vía por la que se administra.

A pesar de esta circunstancia, aún conserva esa imagen de sustancia de cierto nivel social, asociada al uso recreativo, sobre todo, cuando la vía de administración es esnifada, y perdiendo este carácter, cuando se consume asociada a depresores del sistema nervioso central por vía inhalada (fumar plata ó revuelto), que le hace adquirir condición de marginalidad, de trasgresión de la norma y de ilegalidad, más propias de los consumidores más cercanos a los clásicos "yonkees".

Otro fenómeno importante en el consumo de esta droga es la incorporación de un grupo de población de más edad a la hora de su inicio, que en un principio la utilizan para contrarrestar los efectos depresores de sustancias como el alcohol, para poder alargar el tiempo de diversión (básicamente en fines de semana), por los efectos claramente estimulantes que posee, lo que les permite disfrutar de un estado de vigilia y actividad mucho más amplio y no dejarse vencer por los efectos sedativos del alcohol que les haría no poder alardear de una falsa vitalidad que la

edad ya no les permite y que refuerza positivamente la sensación juvenil y mantener una actividad festiva sino frenética, al menos aceptable.

Esta asociación de alcohol-cocaína es un binomio muy frecuente en la actualidad que es necesario considerar de forma muy especial, ya que el consumo de las dos sustancias produce un nuevo metabolito, el coca-etileno, que conserva los poderes estimulantes de la cocaína, y por tanto muy reforzadores psicológicamente, al mismo tiempo que evita los síntomas desagradables que produce la “subida” del consumo de cocaína y que hace que algunos potenciales consumidores, cuando la han consumido las primeras veces sin asociar al alcohol la hayan rechazado por esta circunstancia.

Este hecho provoca una sensación de bienestar que hace que su consumo sea tremendamente reforzador desde el punto de vista psicológico, lo que condicionará volver a asociar alcohol con cocaína, que permite alargar la diversión y disfrutar de una sensación de constante estímulo sin los efectos no deseados del consumo excesivo del alcohol (la sedación y finalización de la actividad lúdica) ni los efectos desagradables que en un primer momento provoca el consumo aislado de cocaína (nerviosismo, sudoración, cefalea... etc).

Otro factor a tener en cuenta es la casi nula criminalización que el consumo de cocaína tiene desde el punto de vista social, frente a sustancias como la heroína, lo que ha originado una mayor permisividad al mismo tiempo que una red de distribución distinta y por lo tanto una mayor disponibilidad, al mismo tiempo que las redes de distribución clásicas de drogas ilegales mantienen su actividad, aunque más asociadas a otro tipo de consumo como es el de heroína-cocaína ó el consumo por vía intravenosa que ha experimentado en los últimos años un aumento considerable.

Es interesante contemplar la evolución del período de consumo de cocaína por vía nasal, ya que presenta un período de silencio clínico, cifrado por los expertos de entre 3 y 5 años desde iniciado su consumo recreativo y la frecuencia de consumo, ya que en las primeras etapas se produce asociado a acontecimientos relacionados con lo festivo ó en fines de semana, bien con intención de colocarse ó de alargar la fiesta contrarrestando los efectos del alcohol, que en la mayoría de los casos es la droga de elección ó primaria (Consumidores “atrapados”. Calafat. Adicciones. Vol 13, suplemento 2.001).

Esto permite una sensación de control del consumo y de normalidad social que no produce alarma en los recientemente iniciados, pero que

progresivamente aumenta en la cantidad consumida y se intensifica la frecuencia del consumo, por lo que cuando perciben la situación real de dependencia llevan una evolución adictiva bastante dilatada, siendo la causa de consulta con frecuencia las manifestaciones de una patología psiquiátrica posiblemente premórbida y que tal vez no hubiese aflorado sin el consumo crónico de cocaína, o posiblemente hubiese tardado más tiempo en aparecer.

A la hora del abordaje terapéutico de la adicción o el abuso de cocaína en un principio se hizo con el modelo de las drogas ilegales como la heroína ó el cannabis, lo que originó no pocos fracasos asistenciales, ya que los propios afectados, si previamente no eran consumidores de heroína, no se sentían identificados ni comprendidos, al mismo tiempo que se resistían a que los encuadraran dentro del marco de los “drogadictos”, porque no se consideraban excluidos sociales y presentaban en general un patrón de vida más normalizado y menos delictivo.

Sin embargo, aquellos consumidores que asociaban el consumo mixto de heroína y cocaína se adherían al tratamiento con más facilidad que los anteriores, sin que ello quiera decir que obtuvieran resultados más satisfactorios que los que procedían del consumo de cocaína sin haber pasado por consumo de heroína, aunque en su mayoría siempre por consumo abusivo de alcohol.

Este hecho, nos ha llevado a comprender que para el abordaje clínico del abuso o dependencia de la cocaína, sea imprescindible recomendar una abstinencia absoluta de alcohol, aunque la persona afectada no cumpla criterios de dependencia al mismo, ya que el estímulo previo del consumo alcohólico ponga en una situación de máximo riesgo para terminar consumiendo cocaína, por el refuerzo positivo que presenta la formación del coca-etileno, demostrándose por experiencia clínica, que obtienen más éxitos terapéuticos cuando se trabaja con este modelo y los periodos de abstinencia son mucho más alargados en el tiempo, produciéndose la recaída de consumo cuando se inicia el consumo alcohólico y en un entorno de consumo recreativo ó ante situaciones personales de conflicto que puede no ser real, sino elaborado como mecanismo de racionalización.

Para los profesionales que se dedicaban a las conductas adictivas se planteaba un problema importante, ya que no disponían del modelo asistencial adecuado, ni de las herramientas terapéuticas que pudiesen contrarrestar farmacológicamente el craving al consumo tremendamente compulsivo de la sustancia ni de antagonistas o interdictores que bloqueasen ó previniesen el consumo de cocaína.

La adulteración que presenta la cocaína con sustancias como procaína, benzocaínas, metil-anfetamina y otros, es interesante tenerla en cuenta a la hora de diseñar un abordaje terapéutico, así como la vía de consumo y la asociación a otras drogas.

La historia nos demuestra que esta droga no irrumpe en nuestra civilización hasta bien avanzado el siglo XIX, y cuando se incorpora a Europa pierde el carácter de droga asumida y cambia en la forma de consumo, ya que pasa de ser una sustancia consumida masticando directamente la hoja de la planta a estar elaborada en laboratorio, con lo que aumenta el poder de concentración de alcaloide.

Comienza utilizándose con fines terapéuticos, incluso para combatir la adicción a la morfina, pasando posteriormente a comercializarse en numerosos productos tan variados como el vino ó el paté, comenzando el tráfico ilegal, cuando tras la Primera Guerra Mundial, pasa a manos civiles.

La vía de administración condicionará el tiempo en desarrollar la dependencia a la sustancia, ya que la forma de consumo masticada va a proporcionar menor cantidad de principio activo a nivel sanguíneo que si la vía de administración es endovenosa.

#### Las vías habituales de administración:

- Oral (masticada)
- Esnifada
- Endovenosa
- Speed-ball (asociada a heroína)
- Fumada e inhalada al mismo tiempo.

#### Formas de consumo:

- Base-libre (Free-base): Inhalación de vapores, producido por el calentamiento de clorhidrato de cocaína con bicarbonato sódico.
- En forma de crack: Clorhidrato de cocaína con agua más bicarbonato sódico pero realizando el calentamiento en una superficie plana, lo que origina una absorción rapidísima consiguiendo casi de inmediato altas concentraciones en el cerebro.
- También existe su uso por vía tópica por el carácter anestésico que posee, aunque su uso está menos difundido y en muchas ocasiones tiene un sentido más ritual, como por ejemplo su aplicación genital tópica en ciertos rituales eróticos.

En cuanto a los patrones de uso (según Schnitman M.D.): podemos diferenciar cinco patrones definidos:

- Consumo circunstancial: En general son personas que generalmente no consumen drogas, excepto algún consumo moderado de alcohol, que por curiosidad ó en un acto social presentan un consumo esporádico, y que en muchos casos no se vuelve a producir. El peligro de este consumo es la ritualidad, que puede condicionar nuevos consumos ante situaciones semejantes.
- Consumo laboral: Este tipo de consumidor busca eliminar la timidez y las inhibiciones de carácter que su perfil depresivo les produce. Lleva una relación directa con aquellas personas que requieren un constante estado de vigilia y agresividad en su trabajo, como cargos directivos de empresas y profesionales liberales. Comienzan en general evitando el consumo durante la mañana, en la que se estimulan con café ó estimulantes más leves y la toman por la tarde, cuando se produce un agotamiento de la capacidad de vigilia y mayor cansancio, aunque posteriormente llegan a un consumo que incluye las mañanas y las tardes.
- Consumo de fin de semana: Caracteriza a este tipo de consumidores tener una ceremonia social concreta, el llamado “viernes cultural” o “la noche de fiesta”, en la que habitualmente se mezclan consumo de alcohol y de estimulantes como anfetaminas basura ó cocaína, habiendo pasado en los últimos años a la noche del jueves en población como la estudiantil universitaria ó funcionarios desplazados a capitales de provincia, que reivindican la noche del jueves, ya que generalmente, al día siguiente se trasladan a su ciudad de origen, donde celebran la noche del viernes con el patrón que estamos describiendo.
- Consumo situacional: Son los consumidores relacionados con la cocaína por razones comerciales, generalmente son distribuidores y que presentan una gran disponibilidad a la sustancia.
- Consumo compulsivo: Son consumidores que presentan con gran frecuencia un trastorno del control de los impulsos, lo que les lleva un consumo continuado, pasando el resto de actividades y relaciones a un segundo plano. Pueden llegar a tomar grandes cantidades diarias de la sustancia que acaba siendo el único objetivo de su vida y a un nivel de marginación importante.

En general, según el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías se produce un aumento paulatino del uso de la cocaína, un

aumento de la disponibilidad y un aumento de los problemas generados por el consumo de esta sustancia en todos los países europeos.

En nuestro país se ha producido un aumento importante, sobre todo en los jóvenes y afecta a grupos de edades de ambos sexos, habiendo otro grupo de adultos de mayor edad que se inician en el consumo recreativo ó como consumidores para poder mantener un mayor nivel de actividad laboral y mayor agresividad empresarial.

Al mismo tiempo se detecta una mayor demanda de tratamiento en usuarios de cocaína que se preveía desde hace más de cinco años y que sin embargo no llegaban a la red asistencial por el silencio clínico que presenta la sustancia y que en la actualidad se refleja en un incremento de casos de urgencias hospitalarias y en las demandas asistenciales sobre todo en centros específicos, así como una elevación del número de muertes como consecuencia de reacciones agudas al consumo de cocaína.

Sin embargo el consumo de cocaína actualmente se encuentra muy por debajo del alcohol, el tabaco ó el cannabis, que son drogas de consumo más tradicional, aunque se observa que cada vez con más frecuencia, aparecen policonsumidores que asocian estas cuatro sustancias, además de los psicoestimulantes menores y que sobre todo los más jóvenes presentan una menor percepción de riesgo ante el consumo de estas sustancias.

A nivel europeo, puede comprobarse que el perfil del consumidor de cocaína es el de un individuo socialmente integrado, de entre 20 y 40 años, que presenta un nivel económico y sociocultural superior a la media, que realiza consumos dentro de un contexto recreativo y social y que sólo una parte de los consumidores presentan un consumo problemático, aunque a esta afirmación habrá que tener presente el silencio clínico que presenta su consumo, teniendo que esperar algunos años para comprobar si los usuarios de este perfil no desarrollan una adicción con el transcurso del tiempo.

Por otro lado tenemos que considerar el consumo de cocaína asociado a heroína, que se realiza por un tipo de población mucho más marginal y que la adquiere por una red de distribución distinta, que actualmente se encuentra en crecimiento, con una vía de administración distinta, por vía intravenosa, en forma de crack ó fumada "en plata", que se acercan mucho más al usuario de drogas por vía parenteral ó lo que conocemos como el heroinómano clásico.

En países como Francia, Reino Unido u Holanda se detecta un aumento importante de los consumidores de crack, siendo mucho menos importante en países como Alemania ó España.

En las encuestas realizadas por el Plan Nacional de las Drogodependencias entre 1994 y 2000 se puede comprobar que se ha experimentado un crecimiento tanto del consumo experimental como del consumo regular, siendo el primero duplicado y el más regular un 2.2 veces. Aunque hay que destacar que en el periodo 1998-2000, se ha asistido a un leve descenso de los consumidores habituales de cocaína.

El incremento de consumo juvenil afecta por igual a toda la población, sin distinción de sexo, aunque en el caso de las chicas se observa una tendencia a la disminución del consumo.

El aumento de consumo en jóvenes se produce con más intensidad en los más jóvenes, ya que en jóvenes de 16 años ha aumentado en 3 veces y en los de 14 años hasta 4 veces más.

Estas encuestas, cuando abordan a población general, obtienen que el consumo de cocaína afecta en menor grado de crecimiento que a la población escolar, siendo los más consumidores los incluidos entre los 20-24 años y los 30-34 años y que además tienen una continuidad en el consumo, ya que en estos tramos las personas que habían consumido cocaína alguna vez, lo habían hecho en el último mes en un 19.3 %.

En Andalucía, según el último informe de la Oficina del Comisionado para las Drogodependencias (Los andaluces ante las drogas VII. Abril de 2.002), el consumo de cocaína ha aumentado desde 1.999 en un 1.8%, habiendo disminuido la edad en el inicio del consumo, presentando una diferencia importante por sexo, siendo un 8.3 de hombres frente a un 2.3 de mujeres (1999), con una tendencia a disminuir en los últimos años entre sexos y un aumento a la repetición del consumo.

Ante este panorama, deberíamos plantearnos la manera de acceder a los usuarios de todas las edades, con especial incidencia en los más jóvenes, para abordar una patología que tardará mucho tiempo en demandar asistencia especializada y que muchas veces aparecerá por las complicaciones asociadas o crónica de tal forma que tendrá difíciles soluciones.

Una propuesta posiblemente eficaz, sería utilizar las estrategias de acercamiento a los grupos juveniles, similar a las que se utilizan con grupos marginales, mediante la formación de líderes juveniles, debidamente entrenados, que pudiesen realizar una información directa de las consecuencias reales del consumo de esta sustancia en el entorno de su medio de diversión y en ofertar alternativas válidas incompatibles con el consumo. Para ello sería necesario una formación específica en la materia y en actividades lúdicas atractivas, así como un lenguaje apropiado y

próximo al estilo de diversión de los recién iniciados, así como un perfecto conocimiento de la red asistencial y sus posibilidades, para no defraudar expectativas que después no sean viables.

La prevención del consumo de alcohol es fundamental, ya que casi siempre va asociado al consumo de cocaína, siendo el estímulo iniciador y uno de los factores que desencadenan la búsqueda del efecto que produce el coca-etileno, aunque no se produzca la circunstancia de la dependencia alcohólica.

Los controles toxicológicos de consumo de cocaína similares a los del consumo de alcohol en los eventos sociales, donde se conoce a ciencia cierta que se producen de forma sistemática, sobre todo para la conducción de vehículos de motor, podrían ser un medio de disuasión que evitarían complicaciones en accidentes y muertes de tráfico, aunque se tendría que valorar la posibilidad no solamente sancionadora del consumo, sino el incentivar a aquellos jóvenes que den controles negativos con premios como refuerzo a una diversión sana fuera del consumo de sustancias adictivas.

En cuanto al tratamiento farmacológico, aún no existen criterios unificados sobre la eficacia de los fármacos a utilizar de forma selectiva, pues se han ensayado distintos protocolos con resultados diversos según los distintos autores, aunque parece revelarse como fármacos eficaces los ISRS y los antipsicóticos atípicos, asociados a ansiolíticos, y siempre que se haga una contención del consumo alcohólico, para lo que es conveniente utilizar interdictores como el disulfiram ó la cianamida, siempre dentro de un marco terapéutico más amplio donde se practique una psicoterapia reglada tanto al afectado como a su familia, sin lo cual no tendría muchas posibilidades de éxito.

## CONCLUSIONES

- El aumento del consumo de cocaína es un hecho constatado en nuestro país, presentando un índice superior de consumo que en el resto de la Comunidad Europea.
- Se produce una disminución del inicio de la edad de consumo tanto a nivel nacional como en las distintas comunidades autónomas.
- La mujer se incorpora de forma importante al consumo de cocaína, disminuyendo las diferencias con los hombres.
- Se presentan dos grupos muy diferenciados en el patrón de consumo, según se asocie a heroína ó se inicie como consumo recreativo ó para conseguir una mayor actividad social ó profesional.
- Aparecen nuevas vías de distribución, lo que permite una mayor disponibilidad y por tanto un mayor número de usuarios.
- Cada vez es más frecuente la asociación a otras sustancias como psicoestimulantes menores, cannabis, tabaco y alcohol.
- Las demandas asistenciales aumentan en los últimos años básicamente por dos motivos: Aumento del número de consumidores y por consumidores que tras un silencio clínico desarrollan una adicción que no les permite el control de la sustancia.
- Aparece un grupo de consumidores de edad más avanzada que se incorporan al consumo por motivos laborales ó secundarios a un consumo de alcohol como droga primaria para paliar sus efectos y que tras un período más dilatado crean una adicción a la cocaína.
- Se detecta un escaso consumo de crack en nuestro país frente a estados como Francia, Reino Unido ó Francia.
- Se detecta un aumento del consumo por vía parenteral que le imprime un nuevo carácter de marginalidad.
- La prevención del consumo en grupos juveniles es una necesidad inmediata, para evitar la cronificación de la adicción y las complicaciones psiquiátricas y sociales que pueden condicionar. Para ello pueden ser útiles las estrategias de acercamiento, mediante la formación de líderes juveniles que puedan intervenir desde dentro.
- Pueden ser útiles los fármacos actualmente utilizados para tratar las patologías directamente relacionadas con la falta del control de los impulsos, como son los antipsicóticos atípicos

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Bobes J. y cols. (2.001). *"Epidemiología del uso/abuso de cocaína"*. Monografía cocaína. Adicciones. Vol 13, suplemento 2. 2..01. (pág.. 23 -38).
- Calafat A. y cols. (2001) *"Vida social de la cocaína"*. Monografía cocaína. Adicciones. Vol 13, suplemento 2. 2001 (pág. 61 – 103).
- Informe de la Consejería de Asuntos Sociales de la junta de Andalucía. *"Los andaluces ante las drogas VII"*. Rueda de prensa. Inédito. Sevilla. Abril 2.002.
- Larger Brancolini F. Y cols. (2.002). *"Manual de drogodependencias para profesionales de la salud"*. Ediciones LU. Barcelona (pág.. 113 – 134).
- Navarro Botella J. (1.999). *"Los andaluces ante las drogas VI"*. *"La cocaína"*. Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales. Comisionado para las drogas. (Págs. 75 -79)
- Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre drogas a la población escolar, 1994. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas. 1.995.
- Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre drogas a la población escolar. 1996. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 1.997
- Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre drogas a la población escolar, 1.998. Plan Nacional sobre Drogas/Internet.2.000.
- Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre drogas a población escolar. PNSD/Internet. 2001
- Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta domiciliaria sobre uso de drogas,1.999.Madrid. Delegación del Plan Nacional sobre Drogas. 2.000.
- Plan Nacional sobre Drogas: Informe sobre la situación de la cocaína en España. Abril 2001. PNSD/Internet. 2.001.

---

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN TRES GRUPOS DE DEPENDIENTES A DROGAS

---

Emilio Sánchez – Hervás, Vicente Tomás Gradolí,  
Esperanza Morales Gallús, Reyes Del Olmo Gurrea,  
Noemi Molina Bou

*Unidad de Conductas Adictivas Area 9. Catarroja.  
Consellería de Sanitat. Valencia.*

### RESUMEN

---

**Objetivo:** analizar diversos indicadores clínicos (procesos de cambio, psicopatología e historial adictivo) en tres grupos de dependientes a drogas y, comprobar si el diagnóstico de dependencia a una sustancia concreta implica diferencias en tales indicadores.

**Diseño:** estudio transversal

**Emplazamiento:** Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja. Area 9 de Salud de Valencia. Atención Primaria.

**Pacientes:** se incluyen 107 pacientes en tratamiento divididos en tres grupos en función del diagnóstico de dependencia según criterios DSM-IV: grupo de dependencia a alcohol (n=31), grupo de dependencia a heroína (n=31), grupo de dependencia a cocaína (n=45).

**Medición y resultados:** se analizan las características sociodemográficas y clínicas de la muestra (análisis de frecuencias y medidas de tendencia central), se comparan los tres grupos de pacientes mediante análisis de varianza y prueba de Schfeé para comprobar diferencias intra-grupo. No aparecen diferencias estadísticamente significativas en los indicadores de procesos de cambio y psicopatología. Sí aparecen diferencias en los indicadores correspondientes al historial adictivo: años de consumo, años de abuso, tratamientos anteriores ( $p=0.000$ ) e ingresos hospitalarios ( $p=0.005$ ).

**Conclusiones:** Es posible que cuando los pacientes con diagnóstico de

dependencia a sustancias realizan demanda de tratamiento, se diferencien en el proceso de evolución de su historial de consumo y factores relacionados, pero que sean similares respecto a otras características clínicas como la psicopatología y la motivación al tratamiento. Se señala la importancia de incluir protocolos de evaluación de diversos indicadores cuando los pacientes realizan demanda de tratamiento.

---

## ABSTRACT

---

**Objective:** to analyse various clinical indicators (change processes, psychopathology and addictive history) in three groups of employees to drugs and, to prove if the dependency diagnosis to a concrete substance implies differences in such indicative.

**Design:** transverse study

**Setting:** Addictive Behaviors Unit of Catarroja. Area 9 of Health of Valencia. Primary Care.

**Patients:** they are included 107 patients in treatment split into three groups in function of the diagnostic of dependence according to criteria DSM-IV: group of dependence to alcohol (n=31), group of dependence to heroine (n=31), group of dependence to cocaine (n=45).

**Measurements and results:** the sociodemographic and clinic characteristics of the sample analysed (frequencies and measures analysis of central trend), the three groups of patients are compared through variance and test analysis of Schfeé to prove differences introgrup. There aren't differences estadistical meaningful in the indicators of change processes and psychopathology. On the other hand, there are differences in the corresponding indicators to the addictive history: consumption years, abuse years, previous treatments ( $p=0.000$ ) and hospital income ( $p=0.005$ ).

**Conclusions:** It's possible when the patients with diagnostic of dependence to substances demand treatment, they are differentiated in the evolution process of their history of consumption and related factors, but they'll be similar with respect to other clinic characteristics as the psychopathology and the motivation to the treatment. It's indicated the importance of including evaluation protocols of various indicative when the patients demand treatment.

**Key words:** drug-dependence, change processes, psychopathology and addictive history.

## INTRODUCCIÓN

La conceptualización de los problemas derivados del uso de drogas, ha de basarse en un amplio conjunto de factores (personales, familiares, ambientales, etc), lo que plantea la necesidad de adoptar un enfoque integrador que contemple la influencia e interrelación de distintos elementos: la persona, la conducta y el entorno. La evaluación de estos elementos será fundamental en el diagnóstico y planificación del tratamiento. No se trata sólo de acumular datos y obtener gran cantidad de información acerca de la persona, del problema y de sus características, sino que la evaluación debe de servirnos para establecer las bases del diseño de una intervención posterior ajustada al caso concreto que nos ocupe. Entendida de esta forma la evaluación no será algo meramente puntual, a realizar al comienzo de la intervención, sino que se convierte en todo un proceso antes, durante y después del tratamiento.

El trabajo que presentamos se sitúa en la primera fase evaluativa, en la que además de la fundamental aportación que nos proporcione la entrevista clínica, obtendremos diversos indicadores de la situación de nuestros pacientes a la entrada a tratamiento. Para ello se han utilizado diversos autoinformes que proporcionan información relevante del estado de los pacientes. Las variables utilizadas (psicopatología, historial adictivo, calidad de vida y procesos de cambio) han sido consideradas relevantes en diferentes estudios. Así por ejemplo, se ha mencionado la relevancia de evaluar la psicopatología (Sayette, 1993; Havassy y Arns, 1998; Sánchez-Hervás y col, 2000a), y la calidad de vida en dependientes a drogas (Foster y col, 2000; Finney y col, 2000; Sánchez-Hervás y col, 2000b). De igual forma resulta conveniente valorar los procesos de cambio (Tejero y Trujols, 1994; Prochaska y DiClemente, 1982; Prochaska y col, 1992, Brown y col, 2000) y el historial adictivo de nuestros pacientes (Mueser y col, 2000; Degenhart y col, 2000).

A continuación se presenta un trabajo llevado a cabo en una Unidad de Conductas Adictivas, que comprende algunos aspectos de la primera fase evaluativa y que tiene por objetivo realizar una primera aproximación a las características clínicas de los pacientes. Es pues, la primera fase de un estudio más amplio que contempla una evaluación post-tratamiento que permita establecer comparaciones entre el antes y el después de la intervención y que se encuentra en la actualidad en fase de elaboración.

## MÉTODO

---

### Objetivos

Analizar la calidad de vida, los procesos de cambio y los indicadores de psicopatología, de un grupo de pacientes que demandan tratamiento en una Unidad de Conductas Adictivas y, comprobar si tales variables difieren en función del diagnóstico de los pacientes.

### Diseño

Se trata de un estudio transversal en el que se incluyen a 107 pacientes con diagnóstico de dependencia (según criterios DSM-IV) (APA, 1995) a alcohol (n=31), heroína (n=31) y cocaína (n=45), que demandan tratamiento en la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) del área 9 de Valencia en el segundo semestre del año 2000. Se utilizó un sistema de muestreo consecutivo, excluyendo a aquellos pacientes con dificultad para completar las pruebas y, a aquellos que se encontraban en estado de intoxicación debido al consumo de alguna sustancia.

La información relativa a las variables sociodemográficas y las correspondientes al historial adictivo se obtuvieron de las historias clínicas de los pacientes. La información sobre las variables dependientes se obtuvo tras administrar a los pacientes los diferentes autoinformes, una vez cumplida la fase de desintoxicación en aquellos casos en que hubo lugar.

### Instrumentos

1. Entrevista. Recoge información sobre variables sociodemográficas y toxicológicas.

2. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger y col, 1970). El Cuestionario STAI comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado (E) y como rasgo (R). Aunque este cuestionario fue ideado como instrumento para investigar los fenómenos de la ansiedad en adultos sin alteraciones psiquiátricas, el STAI se ha mostrado útil para medir ambos conceptos de la ansiedad en pacientes de diversos grupos clínicos.

3. Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck y col, 1979). Compuesto por 21 ítems o grupos de afirmaciones relacionadas con la depresión y puntuables de 0 a 3. El sujeto debe contestar cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor su situación actual. La puntuación total de la prueba corresponde a la variable "depresión" en nuestro estudio (puntuaciones por encima de 16, sugieren la presencia de depresión, si además se cumplen criterios para el trastorno afectivo; si no se cumplen dichos criterios, se sugiere la presencia de disforia).

4. Brief Symptom Inventory (BSI) (Derogatis, 1975): instrumento de screening; forma abreviada del SCL-90 del que también es autor Derogatis y, del que posteriormente apareció una versión revisada, el SCL-90-R (Derogatis, 1983). El BSI tiene una buena correlación con el SCL-90, por encima de 0.90 en todas las dimensiones (Derogatis y Cleary, 1983) y además es mucho más ágil en su administración. Consta de 53 ítems, que el usuario valora en una escala tipo Likert de 5 puntos (desde nada=0, hasta 4=mucho). El BSI incluye (al igual que el SCL-90) nueve dimensiones sintomáticas y tres índices globales que describen la intensidad de la psicopatología del encuestado: índice de severidad global, índice de malestar y, total de síntomas positivos. Estos índices globales son los utilizados en el estudio. El índice de severidad global (GSI) proporciona un indicador sensible de la respuesta del nivel de estrés experimentado por el paciente. Combina la información del número de síntomas presentes y la intensidad del distress. El índice de malestar (PSDI) es una medida de la intensidad del nivel de distress experimentado en función del número de síntomas, informando sobre el estilo de respuesta de distress. Finalmente, el indicador total de síntomas positivos (PST) revela el número de síntomas que el paciente afirma experimentar y, se utiliza conjuntamente con los otros indicadores globales comunicando la amplitud del distress emocional del individuo.

5. Inventario de Procesos de Cambio. (Tejero y col, 1990). Autoinforme de 40 ítems (cuatro para cada una de las diez escalas correspondientes a los diez procesos de cambio) desarrollado conforme a las directrices teóricas que se desprenden del trabajo de Prochaska y DiClemente, y basado en el inventario de procesos de cambio desarrollado por estos autores para fumadores (Prochaska y Prochaska, 1993). Consta de una escala likert de cuatro puntos que mide la frecuencia con la que se utilizan las distintas estrategias cognitivo-conductuales descritas para cada uno de los ítems. Las puntuaciones en cada proceso oscila entre 0 y 12. La finalidad del instrumento es la de identificar qué procesos de cambio ha desarrollado un determinado paciente (y conocer por tanto es qué estadio de cambio se encuentra). De esta forma el terapeuta puede conocer que estrategias puede utilizar, para que éste desarrolle los procesos de cambio que le permitan progresar hacia el próximo estadio, en definitiva hacia el mantenimiento de la abstinencia (Tejero y Trujols, 1994). Se ha utilizado una versión de dicho instrumento para los pacientes del grupo alcohol y del grupo cocaína, modificando las expresiones que hacían referencia a la sustancia objeto de abuso (heroína en el original) por las de alcohol y cocaína.

### **Variables**

Variables sociodemográficas: edad, sexo, nivel de estudios, situación laboral.

Variables independientes: diagnóstico de dependencia a: alcohol, heroína o cocaína

Variables dependientes: puntuaciones en los cuestionarios STAI, BDI, índices globales del BSI (GSI, PSDI, PST) e IPC (Inventario de Procesos de Cambio).

### **Análisis de datos**

Para la descripción de la muestra, y para la estimación de las puntuaciones en el instrumento de evaluación se han realizado análisis de frecuencias y estimación de medidas de tendencia central. Para el contraste de diferencias se realizaron análisis de varianza con comparaciones múltiples (prueba de Scheffé). Para la interpretación de resultados se eligió un nivel de significación estadística de  $p < 0.05$ , para un intervalo de confianza del 95%. Todos los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS 8.0 para Windows.

---

## **RESULTADOS**

En la tabla 1 aparecen los resultados obtenidos al analizar las características de la muestra. La muestra la componen mayoritariamente varones (alcohol 93,5%; heroína 83,9%; cocaína 92,7%). En cuanto a la situación laboral los grupos alcohol y cocaína presentan resultados similares (76,7% del grupo de alcohol y 66,7% del grupo de cocaína están activos laboralmente), mientras que el 72,4% del grupo de heroína está parado. Los estudios primarios predominan en todos los grupos: grupo alcohol (75,9%), heroína (83,3%) y cocaína (78,1%). La edad media del grupo alcohol (36,8) es mayor que la del grupo heroína (29,1) y ésta mayor que la del grupo cocaína (26,2).

En la tabla 2 aparecen los resultados del análisis de las variables procesos de cambio, psicopatología e historial adictivo. Se realiza un análisis de varianza para comprobar las diferencias entre grupos y la prueba de comparaciones múltiples de Scheffé para observar la dirección de las posibles diferencias.

En las variables psicopatológicas medidas con el STAI, BECK e índices globales del BSI, los resultados son similares en todos los grupos, no obstante el grupo alcohol obtiene puntuaciones ligeramente más altas y el

**TABLA 1**  
**Características de la muestra**

		<b>Grupo Alcohol</b> N= 31 %	<b>Grupo Heroína</b> N= 31 %	<b>Grupo Cocaína</b> N= 45 %	<b>Total</b> %
Sexo	Hombre	93,5	83,9	92,7	90,3
	Mujer	6,5	16,1	7,3	9,7
Estudios	Primarios	75,9	83,3	75,7	78,1
	Secundarios	17,2	16,7	21,6	18,8
	Superiores	6,9	0	2,7	3,1
Situación Laboral	Activo	76,7	27,6	66,7	58,2
	Parado	23,3	72,4	33,3	41,8
Edad (Media-DT)		36,8 (10,7)	29,1 (4,69)	26,2 (7,7)	30,1 (9,0)

grupo cocaína las más bajas. En el BDI, STAI/E y STAI/R el grupo alcohol obtiene medias de 16,3, 26 y 30,2 frente a medias de 15,6, 22,8 y 27,6 del grupo heroína, y 12,9, 21,3 y 27,4 del grupo cocaína. En cuanto a los índices globales del BSI los resultados para el grupo alcohol son de 1, 1,9 y 26,1 frente a medias de 0,8, 1,7 y 25 del grupo heroína y de 0,8, 1,6 y 23,7 del grupo cocaína. No aparecen diferencias estadísticamente significativas cuando se comparan las medias de los tres grupos en ninguna de las variables psicopatológicas

Los resultados para las variables de cambio (medidas con el IPC) muestran que los procesos con mayores puntuaciones son Reevaluación Ambiental y Autoliberación, tanto para el grupo alcohol (medias 9,1 y 9,7), como para el grupo heroína (medias 8,8 y 9,5) y para el grupo cocaína (medias (8,7 y 9,4). Los procesos con puntuaciones más bajas también coinciden en todos los grupos (Control de Contingencias y Contracondicionamiento), medias de 3,7 y 4,6 (grupo alcohol), medias de 4,3 y 5,3 (grupo heroína) y medias de 4 y 4,9 (grupo cocaína). No aparecen diferencias estadísticamente significativas en la comparación de los grupos para ninguno de los procesos de cambio.

Respecto a las variables de la historia adictiva, el grupo alcohol presenta mayor antigüedad en el consumo y más años de abuso (17,6 y 10,7 años), seguido del grupo heroína (10,4 y 8,3 años) y del grupo cocaína (7,4 y 4,2 años). Las diferencias en cuanto a los años de consumo son esta-

TABLA 2  
Variables Clínicas

	Grupo Alcohol	Grupo Heroína N= 31	Grupo Cocaína N= 31	Total N= 45	ANOVA Significación
	<i>Media (Dt)</i>	<i>Media(Dt)</i>	<i>Media(Dt)</i>	<i>Media(Dt)</i>	<i>NS</i>
<b>STAI/E</b>	26(11,1)	22,8(10,6)	21,3(11,1)	23,3(11,2)	NS
<b>STAI/R</b>	30,2(11)	27,6(8,2)	27,4(9,2)	28,2(9,7)	NS
<b>BECK</b>	16,3(9,8)	15,6(8,4)	12,9(7,5)	14,5(8,8)	NS
<b>BSI-GSI</b>	1,08(0,7)	0,89(0,6)	0,8(0,5)	0,93(0,6)	NS
<b>BSI-PSDI</b>	1,9(0,9)	1,7(0,6)	1,6(0,6)	1,77(0,7)	NS
<b>BSI-PST</b>	26,1(9,8)	25(11,7)	23,7(11)	24,7(11,5)	NS
<b>IPC-AC</b>	6,1(3,3)	5,7(3,2)	6,2(3)	6,0(3,1)	NS
<b>IPC-AU</b>	9,1(3)	8,8(2,8)	8,7(3)	8,8(3,0)	NS
<b>IPC-LS</b>	6,1(3,3)	6,9(2,9)	5,2(2,7)	5,9(3,0)	NS
<b>IPC-AUT</b>	8,3(3)	8,3(2,9)	7,7(3)	8,1(3,0)	NS
<b>IPC-RA</b>	9,7(2,3)	9,5(2,7)	9,4(2,9)	9,5(2,7)	NS
<b>IPC-CO</b>	4,6(3,8)	5,3(3,7)	4,9(3,4)	4,8(3,6)	NS
<b>IPC-CON</b>	3,7(3,7)	4,3(3,1)	4(2,6)	3,9(3,1)	NS
<b>IPC-MA</b>	7,7(3,3)	8(3,5)	7,2(3,2)	7,5(3,2)	NS
<b>IPC-RD</b>	8,2(3,1)	7,3(3,9)	6,7(3,4)	7,4(3,6)	NS
<b>IPC-RA</b>	7,5(3,1)	7,1(2,9)	8,2(3,1)	7,6(3,0)	NS
<b>AÑ- CON</b>	17,6(10,2)	10,4(9,1)	7,4(7,2)	11,3(9,6)	0.000 <sup>a</sup>
<b>AÑ- ABU</b>	10,7(7,6)	8,3(6,3)	4,2(4,5)	7,4(6,6)	0.000 <sup>b</sup>
<b>TRA-ANT</b>	0,8(1)	1,7(1,7)	0,8(1,1)	1(1,3)	0.000 <sup>c</sup>
<b>ING-HOS</b>	0,1(0,4)	0,4(0,8)	0,1(0,3)	0,2(0,5)	0.005 <sup>d</sup>

Comparación entre medias mediante ANOVA. Comparación entre grupos mediante la prueba de Scheffé. Diferencias con  $p < 0.05$ . NS: No significativo. <sup>a</sup>Alcohol con Heroína y Cocaína, <sup>b</sup>Alcohol con Cocaína y Heroína con Cocaína, <sup>c</sup>Alcohol con Heroína y Cocaína con Heroína, <sup>d</sup>Heroína con Alcohol y Cocaína.

BECK=Inventario Depresión de Beck, STAI/E/R=Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo, BSI=Brief Symptom Inventory, GSI=Índice de Severidad Global, PSDI=Índice de malestar, PST=Total síntomas positivos, IPC=Inventario Procesos de Cambio, AC=Aumento concienciación, AU=Autoliberación, LS=Liberación Social, AUT=Autoliberación, RA=Reevaluación ambiental, CO=Contracondicionamiento, CON=Control de contingencias, MA=Manejo de estímulos, RE=Relieve dramático, RA= Relaciones de ayuda, AÑ-CON= Años de consumo, AÑ-ABU= Años de abuso, TRA-ANT=Tratamientos anteriores, ING-HOS=Ingresos Hospitalarios.

dísticamente significativas entre el grupo alcohol y el grupo heroína y entre el grupo alcohol y el grupo cocaína. También aparecen diferencias significativas en la variable años de abuso entre el grupo alcohol y el grupo cocaína y entre el grupo heroína y el grupo cocaína. El grupo heroína presenta mayor número de tratamientos que los grupos alcohol y cocaína, con diferencias estadísticamente significativas entre los grupos heroína y alcohol y los grupos heroína y cocaína. Finalmente el grupo heroína presenta más ingresos hospitalarios que los grupos alcohol y cocaína, siendo las diferencias estadísticamente significativas.

## DISCUSIÓN

Tal cómo se mencionó anteriormente la evaluación de los pacientes cuando ingresan en un recurso de atención a drogodependencias resulta una tarea fundamental. En ocasiones esta tarea no se realiza adecuadamente, en parte por la excesiva presión asistencial (lo que limita el tiempo necesario para ello) y, en parte por la escasa atención que en ocasiones (erróneamente) se ha prestado a la evaluación. No es nuestra pretensión que el trabajo que se ha presentado sirva cómo referente a la tarea evaluativa, pues son diversas las técnicas y los instrumentos que pueden utilizarse para ello. No obstante y, reseñando como ya se realizó al principio la importancia de la entrevista clínica, creemos que la utilización de diferentes instrumentos de probada valía cómo los utilizados en el trabajo, pueden servir para conocer mejor algunas de las características de nuestros pacientes, de tal manera que dicha información nos permita mejorar la toma de decisiones terapéutica.

Los resultados de nuestro estudio muestran en primer lugar que la muestra utilizada presenta características sociodemográficas representativas de los pacientes que acuden a tratamiento (PNSD, 1998, 1999). Los resultados obtenidos con los diferentes instrumentos utilizados, nos animan a realizar las siguientes consideraciones:

1. Respecto a la evaluación de la psicopatología, existe un importante acuerdo en admitir la su presencia en usuarios de drogas y, en afirmar que la mayor presencia de síntomas psicopatológicos determinan un peor pronóstico. Puntuaciones elevadas en los índices globales de psicopatología tal y como aparecen en nuestro estudio, estarían indicando un nivel y una intensidad del distress psicológico experimentado por los pacientes que interferiría en su proceso de cese del uso de drogas. Se ha

señalado que estos indicadores informan del miedo que experimentan los pacientes a recaer en el consumo y las dificultades que perciben para mantenerse abstinentes (O'Connor y col, 1995). Los mismos autores señalan que los usuarios de alcohol, opiáceos y estimulantes se caracterizan por presentar puntuaciones elevadas en los indicadores globales del BSI, en especial en el indicador PST. Otros autores (Benisek y col, 1998) indican que entre los indicadores globales del BSI, es el índice de severidad global (GSI) el mejor y más sensible de los indicadores de psicopatología. La razón principal para diagnosticar y tratar la psicopatología de las adicciones es conseguir una mejora en el resultado del tratamiento.

En nuestra muestra no aparecen diferencias significativas cuando comparamos los pacientes de alcohol, heroína y cocaína, puede que estos resultados apunten a la presencia de un nivel de malestar emocional similar en todos los pacientes cuando demandan tratamiento, y que éstos se diferencien en la variedad de síntomas que presenten. El BSI podría ser un instrumento adecuado para utilizar en usuarios de drogas, ya que es un instrumento ágil y sencillo y por tanto se facilita su administración en este tipo de pacientes.

Al considerar las variables de ansiedad y depresión (medidas con el STAI y el BECK), teniendo en cuenta los resultados, el grupo de alcohol es ligeramente superior tanto en ansiedad transitoria como en propensión ansiosa y también en cuanto a sintomatología depresiva, no obstante tampoco se encuentra significación estadística al comparar los tres grupos de estudio.

2. Respecto a los resultados que evalúan la motivación al tratamiento de los pacientes, se ha utilizado el Inventario de Procesos de Cambio. Los procesos de cambio nos ayudan a comprender las decisiones que toman los pacientes en su proceso de abandono de consumo de drogas. Consisten en actividades, tanto manifiestas como encubiertas de un sujeto a la hora de modificar su hábito adictivo. Nuestros resultados muestran que en los tres grupos se obtienen mayores puntuaciones en el proceso reevaluación ambiental (valoración positiva por parte del adicto del estado actual de sus relaciones interpersonales derivadas de la modificación del hábito adictivo) y, en el proceso autoliberación (compromiso personal, aumento de la capacidad del adicto para decidir y elegir). También coinciden en los tres grupos los procesos de cambio con menor puntuación; manejo o control de contingencias (estrategia conductual que aumenta la probabilidad de que una determinada conducta relativa al cambio conductual ocurra, consiste en el auto y/o heteroreforzamiento de dicha conduc-

ta), y en el proceso de contracondicionamiento (modificar la respuesta elicitada por estímulos condicionados a la conducta adictiva u otro tipo de situaciones de riesgo, generando y desarrollando conductas alternativas). Estos resultados indican que los procesos cognitivos son más utilizados por los pacientes que demandan tratamiento que los procesos conductuales. Estos procesos intervienen en los estadios de acción y mantenimiento y, pueden orientarnos en las estrategias a utilizar con los pacientes.

3. En cuanto a las variables de consumo, es el grupo de alcohol el que presenta mayor antigüedad en los años de consumo y en los años de abuso. El grupo de heroína es el que presenta un mayor número de tratamientos llevados a cabo. La aceptación social del alcohol en nuestro medio dificulta que las personas afectadas por su uso mantengan una mayor resistencia a aceptar los problemas provocados por éste. Las complicaciones que aparecen en los dependientes a heroína provocan una mayor utilización de los recursos asistenciales (p.ejem. desintoxicación hospitalaria). Las diferencias encontradas en los años de consumo y de abuso en los tres grupos de pacientes apuntan a un desarrollo más temprano de las complicaciones y una demanda de tratamiento más inmediata en el grupo de cocaína. En parte esta situación puede estar provocada por los efectos neurobiológicos, las complicaciones psiquiátricas y sobre el estilo de vida que provoca el uso continuado de la sustancia, y además porque el grupo de pacientes de cocaína presenta unas características sociales distintas (mayor nivel cultural) que determinarían una demanda de tratamiento más temprana. Las variables sociales asociadas al estilo de vida podrían diferenciar a este grupo de pacientes de los pacientes dependientes de heroína.

Pueden mencionarse diversas limitaciones a este trabajo. En primer lugar, aunque la muestra de pacientes utilizada creemos que es representativa, convendría utilizar un grupo de control que permitiese comparar los resultados obtenidos. En segundo lugar, hay que reseñar que los pacientes dependientes a drogas tienden en algunos casos a minimizar el uso de las sustancias que consumen, lo que podría provocar sesgos en la información referente a los años de consumo y de abuso, así como del número de tratamientos previos y de ingresos hospitalarios, que se obtiene en las historias clínicas. En tercer lugar, los pacientes con diagnóstico de dependencia a drogas suelen consumir a menudo más de una sustancia, lo que podría provocar que los indicadores de psicopatología pudieran estar alterados en base al uso de varias sustancias simultánea-

mente. No obstante, el diagnóstico de dependencia a una sustancia concreta (diagnóstico principal) asegura que el paciente consume de forma primordial dicha sustancia, y que las consecuencias que se derivan de ello se deben fundamentalmente al uso de dicha sustancia.

Para finalizar creemos que es importante la instauración de protocolos rutinarios de evaluación que incluyan como mínimo la evaluación psicopatológica, la motivación al tratamiento y el historial adictivo. Algunos de estos indicadores (historial adictivo) pueden estar incluidos en la entrevista, algunos autoinformes pueden ser útiles para evaluar otras variables. En cualquier caso, lo importante bajo nuestro punto de vista, es instaurar un “hábito” evaluativo entre los profesionales que proporcione una visión ajustada del estado de nuestros pacientes.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Psiquiátrica Americana (APA) (1995): *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales- DSM-IV*. Ed. Masson.
- Beck, A.; Ruhs. J.; Shaw, B.; Emery, G.(1979). *Cognitive therapy of depression*. The Guildord Press, New York. (traducción en España “Terapia cognitiva de la depresión”, Ed. Desclée de Brouwer, 1983).
- Benisek, L. Hayes, C. Biescke, K. Stollfelmayer, B (1998). *Exploratory and confirmatory factor analyses of the Brief Symptom Inventory*. J Subs Abuse, 10(2): 103-114.
- Brown VB, Melchior LA, Panter AT, Slaughter R, Huba GJ.(2000). *Women’s steps of change and entry into drug abuse treatment. A multidimensional stages of change model*. Subst Abuse Treat, Apr;18(3):231-40.
- Degenhart L, Lynskey M, Hall W.(2000). *Cohort trends in the age of initiation of drug use in Australia*. Aust N Z J Public Health, Aug;24(4):421-6.
- Derogatis, L. y Cleray, P.: *Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90*. (1977). *A study in construct validation*. J. Clin. Psychology, 33(4): 981-989.
- Derogatis, L.(1975). *Brief Symptom Inventory*. Baltimore. Clinical Psychometric Research..
- Derogatis, L: SCL-90-R. (1983). *Administration, scoring and procedures manual*. Clinical Psychometric Research.
- Finney JW, Willenbring ML, Moos RH.(2000). *Improving the quality of VA care for patients with substance-use disorders: the Quality Enhancement Research Initiative (QUERI) substance abuse module*. Med Care, Jun;38(6 Suppl 1):I105-13.
- Foster JH, Marshall EJ, Hooper RL, Peter TJ.(2000). *Measurement of quality of life in alcohol-dependent subjects by a cancer symptoms checklist*. Alcohol, Feb;20(2):105-10.

- Havassy, B. Y Arns, P.(1998). "Relationship of cocaine and other substance dependence to well-being of high risk psychiatric patients". *Psychiatric Services*, vol 49(7): 935-940.
- Mueser KT, Yarnold PR, Rosenberg SD; Swett C, Miles KM, Hill D.(2000). *Substance use disorder in hospitalized severely mentally ill psychiatric patients: prevalence, correlates, and subgroups*. *Schizophr Bull*; 26(1):179-92.
- O'Connor LE, Berry JW, Morrison A, Brown S.(1995). *The drug of choice phenomenon differences among drug users who preferred different drugs*. *Int J Addict*, Apr;30(5):541-55.
- Plan Nacional sobre Drogas (1998). *Observatorio español sobre drogas: Informe nº 1*.
- Plan Nacional sobre Drogas(1999). *Observatorio español sobre drogas: Informe nº 2*.
- Prochaska , J. DiClemente, C. Norcross, J: *In search of how people change* (1992). *Applications to addictive behaviors*. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Prochaska , j. y DiClemente, C.(1982). *Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change*. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 19: 276-278.
- Prochaska, J. y Prochaska J (19939). *Modelo transteorético de cambio para conductas adictivas en: Recaída y prevención de recaídas*. Ed. Neurociencias. Barcelona.
- Sánchez-Hervás, E. Morales, E. Tomas, V.(2000a). *Gravedad de la psicopatología en usuarios de drogas*. *Psiquiatría biológica*, vol 7, 3: 95-99.
- Sanchez-Hervás, E. Morales, V. Tomás, V.(2000b). *Dependencia a drogas y calidad de vida*. Poster presentado a las XXV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Madrid.
- Sayette , M (1993). *The effect of alcohol on emotional response to a social stressor*. *J Studies on Alcohol*, vol 53 (6): 345-352
- Spielberger, C.D. Gorsuch, R. I. Lushene, R. (1970). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. STAI. Consulting Psychologists Press, Inc, California, (traducción en España, TEA Ed, 1988).
- Tejero, A y Trujols, J.(1994). "El modelo transteorético de Prochaska y Diclemente: un modelo dinámico de cambio en el ámbito de las conductas adictivas". En: *Conductas Adictivas*, J.L. Graña (ed). Debate.
- Tejero, A. Trujols, J y Hernandez, E.(1990). *The process of change in heroin addicts: A preliminary report*. Poster presentado al XX European Congress on Behaviour Therapy. París.

---

## Correspondencia

Emilio Sánchez Hervás

Unidad de Conductas Adictivas – Centro de Salud

Avd. Rambleta, s/n. Catarroja. CP 46470 VALENCIA

e-mail: uca.catarroja@trabajo.m400.gva.es

---

PREVALENCIA DEL TABAQUISMO EN UNA  
POBLACIÓN PERIURBANA DE  
LA PROVINCIA DE ALICANTE

---

José M<sup>a</sup> Ortín Arroniz\*; Juan Custardoy Olavarrieta\*\*;  
Manuel Pineda Cuenca\*\*\*; José G. Cano Montoro\*;  
Maite Andreu\*; Carlos J. van-der Hofstadt Román\*;  
Fernando Sánchez Gasco\*\*\*\*.

(\*) Atención Primaria. Área 20, Alicante; (\*\*) Hospital Vega Baja. Área 20,  
Alicante. (\*\*\*) Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria. Alicante  
(\*\*\*\*) Hospital General. Murcia

---

RESUMEN

---

**Objetivo:** Conocer la prevalencia del hábito tabáquico en la población de Albatera (Alicante) e identificar su asociación con otras variables epidemiológicas.

**Material y Método:** Estudio descriptivo transversal. Muestreo aleatorio polietápico proporcional con definición de cuotas muestrales, según grupos de edad y sexo.

Se administró una encuesta sobre hábito tabáquico, nivel educativo, profesión, ocupación, situación laboral y uso de anticonceptivos en las mujeres .

**Resultados:** El 86 % de las personas seleccionadas participaron en el estudio (N=644). La prevalencia de tabaquismo hallada ha sido del 32,8 ± 3,6% (40,2% en hombres y 25,4% en mujeres), la mayor tasa la encontramos entre los 20-39 años. El consumo medio de cigarrillos fue de 15,8 cig./día. El 47,2 % de los hombres y el 44,5 % de las mujeres fumadoras trabajaban, frente al 40,9 % de hombres y 33,3 % de mujeres paradas La mitad de las mujeres que tomaban anticonceptivos fumaban.

**Conclusiones:** La prevalencia del tabaquismo en nuestra población es inferior a la de la población española en general. Se da un elevado porcentaje de fumadores entre población más joven, con incremento significativo en mujeres de edades comprendidas entre 20-29 años. Existe una mayor tendencia en la adquisición del hábito tabáquico en la población con menor nivel de estudios y situación de paro laboral. También una elevada asociación entre el de consumo de anticonceptivos y tabaquismo activo.

**Palabras clave:** Tabaquismo, Fumadores, Prevalencia.

## SUMMARY

---

**Aim:** To know the prevalence of the tobacco habit in Albufera population (Alicante) and to identify its association with other epidemiological variables.

**Material and Method:** Cross sectional descriptive study. Random sampling proportional with quotas definition, according to sex and aged groups. A survey about tobacco habit, educational level, profession, occupation situation and the use of contraceptive in women was administered.

**Results:** 86% of selected subjects ( N= 644) participated in the study. The prevalence of tobacco habit was between 32,8 +/-3,6% (40,2% in men and 25,4% in women). The highest rate was found for subjects aged from 20 to 39 years. The average of cigarettes consumption was 15,8 cig/day. 47,2% of smoker men (no entiendo en el resumen en español si se refiere a hombres y mujeres fumadoras o solo mujeres) and 44,5% of smoker women were working (creo que te refieres a que eran trabajadores porque si es asi puedes poner were workers), while 40,9% of men and 33% of women were unemployed. Half of women that were taking contraceptive also smoked.

**Conclusions:** The prevalence of tobacco habit in our population is lower than in the spanish general population. An elevated percentage of smokers was found in the youngest population , with a significant increase in women between 20 to 29 years. The population with low level of studies and who were unemployed (puedes poner the unemployed population and with a low level of studies) has a high tendency to smoke as a habit than other groups. There is also a high association between contraceptives consumption and active tobacco habit.

**Key words:** Tobacco habit, Smokers, Prevalence

## INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco ha ido creciendo, convirtiéndose en la droga más extendida de nuestro país. Esto, se debe en gran medida a la aceptabilidad social que durante mucho tiempo ha tenido el hábito de fumar, asociado a la baja conciencia de su naturaleza perjudicial para la salud y adictiva. Originando, en consecuencia, un incremento progresivo en el hábito, convirtiéndose la mayoría de los adictos en grandes fumadores (Mas y Nerin, 1996).

Su consumo crónico ha originado en la sociedad actual un problema epidémico con graves consecuencias médicas y económicas (Fernández, Gual y Cabezas, 1994), hasta el punto, que en los países industrializados, dicho consumo es la causa principal de enfermedad, incapacidades evitables y muerte prematura (Holbrook, 1991).

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1995, eran fumadores el 36,9% de la población mayor de 15 años. Apreciándose en los varones un descenso en el consumo de tabaco, pasando del 64,1% en 1978 al 54,7% en 1987 y al 43,5% en 1995. En las mujeres hay un aumento de la prevalencia del 17,6% (año 1978) al 23,6% (año 1987), alcanzando el 24,5% durante 1995 (Fernández, Gual y Cabezas, 1994; Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989; Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996).

Multitud de estudios nos permiten confirmar hoy día, y de forma unánime por todos los expertos, que el tabaquismo constituye, en los países desarrollados, el primer problema de salud pública susceptible de prevención (Holbrook, 1991; Salleras y Almaraz, 1991).

Son muchos los problemas de salud en los que se ha demostrado asociaciones estadísticamente significativas con el consumo de tabaco, bien de forma causal o como factor contribuyente de la enfermedad (Salleras y Almaraz, 1991). El tipo de patologías, debidas al hábito tabáquico, que producen morbilidad y mortalidad excesivas son: las enfermedades cardiovasculares ateroscleróticas, el cáncer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, úlcera péptica, tuberculosis y osteoporosis, fundamentalmente (Holbrook, 1991; Burns, 1991).

Con este trabajo pretendemos conocer la prevalencia del hábito tabáquico en una población periurbana de la provincia de Alicante, e identificar su asociación con otras variables epidemiológicas, como edad, sexo, nivel de estudios, profesión, situación laboral, y consumo de anti-conceptivos, con el objeto de orientar el tipo de información y los gru-

pos de edad a los que se deben dirigir los programas de deshabituación e información tabáquica.

## MATERIAL Y MÉTODOS

---

### DISEÑO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se realiza un estudio descriptivo transversal desarrollado desde enero del año 1999 hasta junio del año 2.000, en Albatera (comarca de la Vega Baja del río Segura, Alicante), población con características de residencia periurbana (se define como residencia de tipo periurbano a los núcleos con poblaciones entre 3.000 y 9.999) del Área 20 de la Consellería de Sanidad de la Generalitat Valenciana.

El estudio se ha realizado en una muestra representativa de la población de 20 o más años de un municipio que tiene un total de 8.868 habitantes (4.437 hombres y 4.431 mujeres), según el Padrón Municipal de Habitantes de 1991 (rectificación de 1996), con una edad media de 35,6 años (34,8 años de media en los hombres y 36,3 años de media en las mujeres).

Las unidades básicas de muestreo han sido 5972 personas de 20 o más años de edad residentes en dicha área ( 2.969 hombres y 3.003 mujeres).

En primer lugar se ha determinado el tamaño de muestra necesario para estimar una prevalencia esperada del factor estudiado (tabaquismo 36,9 %, Encuesta Nacional de Salud de España, 1995) más cercana al 50%, situación más desfavorable, con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 2.2%.

El tamaño muestral calculado fue incrementado en un 40% (2550 personas) debido, por una parte a la posibilidad de errores en los datos del padrón municipal y de otra, en el índice de *no respuesta*, de estudios similares realizados en poblaciones semejantes (Tormo y cols., 1997), para conseguir que el índice de no respuesta produzca el mínimo efecto en la precisión de las estimaciones. La muestra así calculada resultó ser de 790 personas.

Se ha realizado un muestreo aleatorio polietápico proporcional con definición de cuotas muestrales, según grupos de edad (20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, 80 y más) y sexo.

## MÉTODO

Captación de participantes: un mes antes del inicio del estudio, a todas las personas seleccionadas se les enviaba una carta de invitación que incluía la citación. Con posterioridad, unos días previos a la citación se les llamó por teléfono, como recordatorio.

Criterios de exclusión: Se utilizaron criterios similares a los del “Estudio MONICA” (The Who Monica, 1989). La muestra fue clasificada en: no elegibles -personas que siendo seleccionadas en la muestra inicial hayan muerto, se hayan trasladado de núcleo de población o cumplen algún criterio de exclusión de la encuesta (embarazo, enfermedad psíquica o física incapacitante) en el momento de la entrevista- y elegibles, todos los restantes. En este último grupo se incluyeron las no respuestas y las respuestas. Como *no respuesta* se definió a toda persona seleccionada que no haya podido ser localizada o con la que no se pueda establecer contacto después de tres intentos, o que no deseara participar. Como *respuesta*, el resto.

Definición de criterios: Para la variable *hábito tabáquico* se consideró no fumador (nunca ha fumado), ex fumador (6 meses sin fumar), fumador ocasional (fuma menos de 1 cigarrillo/día), fumador moderado (de 1 a 9 cig./día), fumador habitual (de 10 a 19 cig./día) y gran fumador (20 o más cig./día). Se constató en el caso de fumadores el nº de cigarrillos/día, tiempo de hábito activo y en los exfumadores el tiempo de hábito activo y el transcurrido desde la cesación hasta la fecha de la encuesta, el nº de años/paquete se calculó según fórmula  $N^{\circ} = (\text{Numero de cigarrillos fumados al día} \times \text{N}^{\circ} \text{ de años de fumador}) / 20$ . Para la variable *nivel educativo* se consideró: Analfabeto/a, saber leer y escribir, estudios primarios, secundarios (hasta COU) y universitarios. Tanto para la variable *ocupación o profesión* como para la variable *situación laboral* se consideró la Clasificación Nacional de Ocupaciones, adaptándose para ajustarla a la situación socioeconómica de nuestra población.

Desarrollo del estudio: Consistió en una entrevista en la que se cumplimentaba un cuestionario.

Cumplimentación del Cuestionario: La encuesta ha sido realizada por un entrevistador, adiestrado con antelación. El cuestionario estaba dividido en los siguientes apartados: *datos de filiación*, *datos socioeconómicos* (nivel de estudios, situación laboral, ocupación o profesión) y *hábito tabáquico*.

### **Análisis de los datos**

Los datos han sido introducidos en una base de datos diseñada para tal efecto y analizados mediante un programa estadístico. Para la comparación, los resultados se expresan en porcentajes; se calcularon los límites de confianza al 95 % y las diferencias se compararon mediante la prueba de ji-cuadrado. Se consideraron estadísticamente significativos los valores de  $p < 0,05$ .

## **RESULTADOS**

### **RESPUESTA A LA ENCUESTA Y VALIDEZ**

Tras ser excluidos los casos que reunían los criterios expuestos en la metodología quedaron 749 personas. El 86 % de las personas seleccionados (644), han participado en el estudio. Al distribuir a los participantes por grupos de edad y sexo se observa que el grado de colaboración ha sido semejante en ambos sexos y en los distintos grupos de edad como se refleja en la Tabla 1. Al comparar los porcentajes de participación obtenidos estratificados por grupos de edad y sexo con los porcentajes de la muestra calculada mediante la prueba estadística de ji-cuadrado, se obtiene para hombres  $X^2$ : 5.08 y  $p$ : 0,4057, para mujeres  $X^2$ : 4.08 y  $p$ : 0,5385, para totales  $X^2$ : 3.49 y  $p$ : 0,6246. No existen diferencias estadísticamente significativas entre la población participante y la seleccionada, garantizando el valor de las estimaciones.

#### **Prevalencia del hábito tabáquico**

La prevalencia de fumadores en la población estudiada ha sido del 32,8  $\pm$  3,6% y la de exfumadores de 20,5 %.

El 40,2 % en los hombres y el 25,4 % en las mujeres eran fumadores ( $p < 0,05$ ). Para los ex fumadores la distribución encontrada fue del 33,3 % de hombres y 7,4 % de mujeres (Tabla 1).

#### **Tabaquismo y grupos de edad**

La mayor prevalencia de tabaquismo la encontramos entre sujetos de 20-39 años con una prevalencia del 55,2  $\pm$  6,7 , siendo la menor la del grupo de edad de mayores de 60 años con un 9,6  $\pm$  4 % ( $P < 0,05$ ).

Destaca entre los ex-fumadores el grupo de mayores de 60 años, con una tasa de abandono del 29,8 %, para el resto de los grupos de edad (20-39 años y de 40-59 años) la tasa de abandonos es del 16,4 % (Tabla 1).

#### **Consumo de tabaco en fumadores**

El consumo medio de cigarrillos para los fumadores fue de 15,8

**TABLA 1**  
**Respuesta a encuesta según grupos de edad**  
**y hábito tabáquico**

	Muestra		Fumadores		Ex fumadores	
	n	%	n	%	n	%
<b>Según EDAD</b>						
<b>20-39</b>	232	36	128	55.2	38	16.4
<b>40-59</b>	214	33.2	64	29.9	35	16.4
<b>≥ 60</b>	198	30.8	19	9.6	59	29.8
<b>Según SEXO</b>						
<b>Mujeres</b>	323	50.2	82	25.4	24	7.4
<b>Hombres</b>	321	49.8	129	40.2	108	33.6
<b>Total</b>	644	100%	211	32.8%	132	20.5%

cig./día, en los hombres 19,4 cig./día y 10,6 cig./día en las mujeres. En cuanto al grado de consumo el 46,9% consumen 20 o más cigarrillos/día, el 20,8% de 10 a 19 cig./día, el 19,9% de 1 a 9 cig./día y el 0,9% fumaban menos de 1 cig./día.

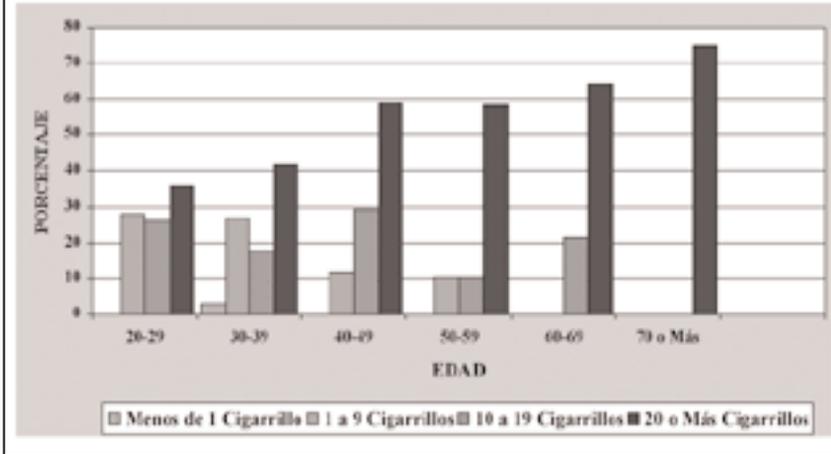
Al analizar el consumo por grupos de edad, el 75 % de los fumadores mayores de 70 años consumían 20 cig./día o más. el 29,4 %, de 40 a 49 años, consumían entre 10 y 19 cigarrillos diarios y el 27,9 % de 20 a 29 años entre 1 y 9 cig./día (Grafico 1).

#### Tabaquismo y nivel de estudios

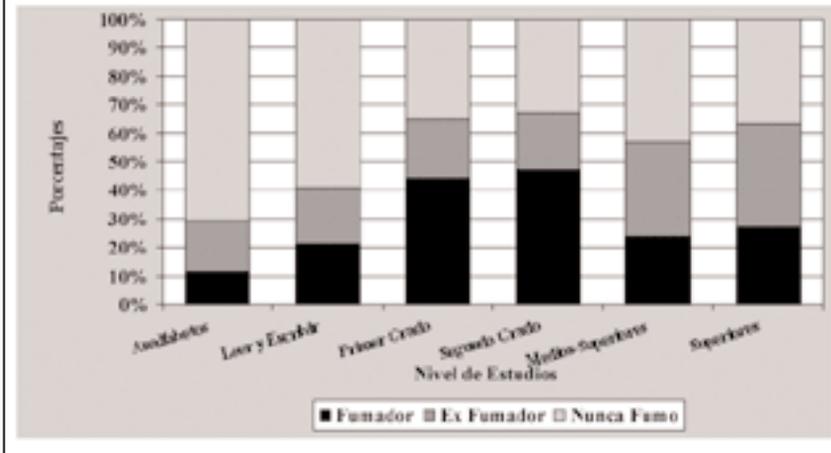
Entre los fumadores destaca que el 47,1 % tienen estudios de segundo grado, frente al 36,4% de los que tienen estudios superiores que son ex fumadores y al 70,4 % de los analfabetos que nunca habían fumado (Gráfico 2).

Según sexo, el 47,2 % de los hombres que tenían estudios de primer grado y 45,7 % de los que tenían estudios de segundo grado eran fumadores, el 50,0% de los que se declaraban analfabetos y el 38,5 % de los que sólo sabían leer y escribir son ex fumadores. El 50,0 % de los que tenían estudios superiores y el 35,7 % con estudios medios-superiores no habían fumado nunca. Entre las mujeres con estudios de segundo grado fumaban el 48,6 % y el 37,9 % de las de primer grado; son ex fumadoras el 60,0 % de las que tenían estudios superiores y el 28,6 % con estudios medios-superiores. No han fumado nunca el 96,4 % de las analfabetas, ni el 90,6 % de las que sólo sabían leer y escribir (Tabla 2).

**GRÁFICO 1**  
**Consumo de cigarrillos, distribuido por grupos de edad**



**GRÁFICO 2**  
**Hábito tabáquico, según nivel de estudios**



**TABLA 2**  
**Hábito tabáquico, distribuidos según**  
**nivel de estudios y sexo**

Hábito tabaco/sexo	Nivel estudios	Fumadores		Ex fumadores		No han fumado		Total	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
<b>Analfabetos</b>	<b>FA</b>	4	1	8	0	4	27	16	28
	<b>%</b>	25,0	3,6*	50,0	0,0	25,0	96,4*	100,0	100,0
<b>Leer y escribir</b>	<b>FA</b>	36	9	40	1	28	96	104	106
	<b>%</b>	34,6	8,5*	38,5	0,9*	26,9	90,6*	100,0	100,0
<b>Primer grado</b>	<b>FA</b>	67	53	44	13	21	74	142	140
	<b>%</b>	47,2*	37,9*	31,0	9,3	21,8	52,9*	100,0	100,0
<b>Segundo grado</b>	<b>FA</b>	16	17	9	5	10	13	35	35
	<b>%</b>	45,7	48,6*	25,7	14,3	28,6	37,1	100,0	100,0
<b>Medios/ Superiores</b>	<b>FA</b>	4	1	5	2	5	4	14	7
	<b>%</b>	28,6	14,3	35,7	28,6*	35,7	57,1	100,0	100,0
<b>Superiores</b>	<b>FA</b>	2	1	1	3	3	1	6	5
	<b>%</b>	33,3	20,0	16,7	60,0*	50,0	20,0*	100,0	100,0
<b>Total</b>	<b>FA</b>	129	82	107	24	85	217	321	323
	<b>%</b>	40,2	25,4	33,3	7,4	26,5	67,2	100,0	100,0

Fa: Frecuencia Absoluta. %: Porcentaje. \*p<0,05

### Tabaquismo y situación laboral

El 47,2 % de los hombres y el 44,5 % de las mujeres que trabajaban consumían tabaco habitualmente; así como el 40,9 % y el 33,3 %, respectivamente, de los que estaban parados. Ex fumadores eran el 62,5 % de los hombres que estaban jubilados y el 40,0 % de las mujeres que estaban estudiando. No habían fumado nunca el 100 % de los hombres que estaban realizando el servicio militar y de los que se dedicaban a labores de hogar; en las mujeres, no habían fumado nunca el 100 % de las jubiladas y el 71,8 % de las que se dedicaban a las labores del hogar (Tabla 3).

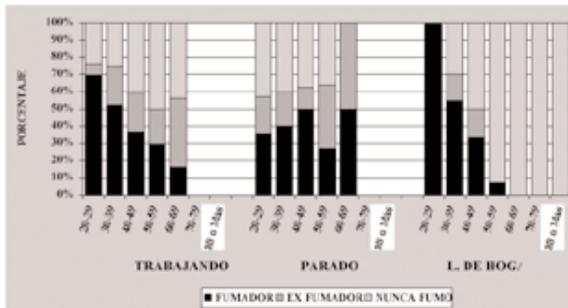
Distribuidos por grupos de edad, el 69,4 % de los trabajadores que tenían entre 20 y 29 años son fumadores, el 40,0 % de 60 y 69 años eran ex fumadores, no habiendo fumado nunca el 50,0 % de los trabajadores entre 50 y 59 años. El 100,0 % de los mayores de 60 años que se dedicaban a labores del hogar no habían fumado nunca (Gráfico 3).

**TABLA 3**  
**Hábito tabáquico, distribuidos según la situación laboral y sexo**

Hábito tabaco/sexo	Situación Laboral	Fumadores		Ex fumadores		No han fumado		Total	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Servicio militar	FA	0	0	0	0	2	0	2	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0*	0,0	100,0	0,0
Trabajando	FA	92	50	51	9	50	51	193	110
	%	47,2*	44,5*	26,4*	8,2	25,9	46,4*	100,0	100,0
Parado	FA	9	6	6	4	7	8	22	18
	%	40,9	33,3	27,3	22,2*	31,8	44,4*	100,0	100,0
Retirado, Jub. pension.	FA	13	0	45	0	14	67	72	67
	%	18,1*	0,0*	62,5*	0,0*	19,4	100,0*	100,0	100,0
Estudiante	FA	2	0	0	2	1	3	3	5
	%	66,7	0,0	0,0	6,0	100,0*	71,8	100,0	100,0
Incapacit. para trabajar	FA	9	0	3	0	3	5	15	5
	%	60,0	0,0	20,0	0,0	20,0	100,0	100,0	100,0
Otros	FA	3	0	2	1	0	0	5	1
	%	60,0	0,0	40,0	100,0*	0,0	0,0	100,0	100,0
NC	FA	1	0	0	1	4	1	5	2
	%	20,0	0,0	0,0	50,0*	80,0*	50,0	100,0	100,0
Total	FA	129	82	107	24	85	219	321	323
	%	40,2	25,2	33,5	7,4	26,5	67,2	100,0	100,0

Fa: Frecuencia Absoluta. %: Porcentaje. \*p<0,05

**GRÁFICO 3**  
**Hábito tabáquico, según situación laboral y grupos de edad**



## DISCUSIÓN

La prevalencia del tabaquismo en nuestra población es inferior a la de la población española en general, publicadas en las Encuestas Nacionales de Salud de los años 1989 y 1995 (38,9 % y 36,9 %, respectivamente), a la de la Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana (48,7 %) (Consellería de Sanitat i Consum, 1990-91), a las obtenidas en la Región de Murcia (42,8 %), durante los años 1991-1993 (Tormo y cols., 1997); y superiores a las publicadas en Cataluña (30,6 %) Pardell y cols. (1994).

Destacamos, el alto porcentaje de fumadores entre nuestra población más joven, y aunque este fenómeno es coincidente con el publicado por diferentes autores (Tormo y cols, 1997), es de destacar que nuestras tasas son más elevadas a las de la mayoría de las publicadas (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989 y 1996; Pardell y cols., 1997). Este dato de los jóvenes de nuestro estudio, podría deberse a la influencia del entorno social (hay unas tasas muy elevadas de hombres adultos que fuman o han fumado), y al bajo rendimiento escolar asociado a una anticipación a la madurez y poder adquisitivo (esto lo justificaría la baja proporción de jóvenes que continúan estudios medios y/o superiores y la gran proporción de jóvenes que trabajan). Es de destacar, el incremento significativo entre el sexo femenino en edades comprendidas entre 20-29 (60,8%), que viene a coincidir con aquellas edades donde hoy existen las menores diferencias socioculturales entre sexos.

En nuestro estudio la media de años de hábito ha sido de 22,4 años en los varones y 13,2 en las mujeres, teniendo en cuenta que la mayoría de fumadores inician en el hábito entre los 13 y 19 años de edad (Alcantara y cols., 1995; Iglesias y cols., 1995; Casas y cols., 1996; Serna y cols., 1997), y las tasas de fumadoras de 20 a 29 años han sido superiores a la media poblacional, podríamos adelantar que se trata de un momento de expansión del tabaquismo entre las jóvenes; y de un descenso en hombres que nunca han fumado, coincidiendo con otros autores (Fernández, Gual y Cabezas, 1994).

Las tasas de ex fumadores encontradas han sido superiores a las publicadas (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996; Consellería de Sanitat i Consum, 1990-91; Pardell y cols., 1997). Los ex fumadores aumentan progresivamente con la edad, sobre todo a partir de los 60 años, coincidiendo con las edades en que suelen aparecer las enfermedades relacionadas con el tabaquismo y, sobre todo, a costa de los hombres, ya que en estas edades no hay mujeres fumadoras en nuestra población.

El aumento de tabaquismo experimentado por los más jóvenes de nuestra población, es realmente preocupante, al superar con creces los pronósticos más pesimistas (Marín, 1993), lo que merece una especial atención, puesto que al iniciarse en el hábito en edades tempranas, la adicción será más grave (Díaz y cols., 1998), provocando que la cesación del mismo sea más difícil. De hecho, la proporción de grandes fumadores que encontramos es superior a la de otros estudios (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989 y 1996; López, Collishaw y Piha, 1994), aumentando progresivamente con la edad.

Al analizar el hábito tabáquico en relación con el nivel educativo, observamos un cambio significativo de actitud, en la población; así, mientras que la tasa global de tabaquismo es inferior entre los que tienen menos estudios, debido a que nunca adquirieron el hábito, por grupos de edad podemos comprobar de 20 a 29 años, estos son los que tienen la mayor tasa de fumadores, coincidiendo con lo descrito en la literatura (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989). Por el contrario, la mayor tasa de ex fumadores se da entre los que tienen estudios medios-superiores y superiores. Esto refleja la tendencia ya conocida respecto a que el aumento del tabaquismo entre los que tienen menor nivel educativo se origina, en parte, porque pretenden imitar determinados modelos sociales de comportamiento que se suponían elegantes, mientras que entre los de mayor nivel educativo la prevalencia del tabaquismo está descendiendo, probablemente por tener mayor nivel de información (US Preventive Services Task Force, 1998; Nadal y cols., 1999; Mas y Nerin, 1996).

Entre los parados, aunque tienen una prevalencia de tabaquismo superior a la población general, esta, es menor que las de otros estudios (Edwards y Hodgson, 1982; Nebot y cols., 1996; Sarna y Brecht, 1996; Merino y cols., 1993), incluso entre los más jóvenes; a diferencia de lo encontrado por otros autores (Hogg, 1994). Los parados de nuestra población fuman mucho menos que los que están trabajando, probablemente porque la tasa de paro de nuestra población es bastante baja (6,2%) y, a que parte de las personas en paro son mujeres mayores, que se dedican a trabajos de temporada relacionados con la agricultura y que nunca han fumado.

Estos datos nos orientan hacia una estabilización o probable aumento de la prevalencia del tabaquismo en la población objeto de estudio, identificando las características de la población de riesgo sobre la que intervenir. Pensamos que se precisan, de forma inmediata, programas de salud específicos, dirigidos a los adolescentes y más jóvenes de

ambos sexos, encaminados a evitar la adquisición del hábito, y a conseguir el abandono del mismo en los que ya estén iniciados.

---

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Alcántara Muñoz P.A.; Aroca García M.D.; Menárguez Puche J.F.; Alacaraz Martínez J. y Herranz Valera J.J (1995). *El tabaco: factor de riesgo en una zona de salud*. Atención Primaria; 1: 65-69.
- Burns E.A. (1991). *Medicina de familia*. Taylor. Edit Doyma. Barcelona (vol 1): 86-107
- Casas Anguita J.; Lorenzo Martínez S. y López Lizana J.P. (1996). *Tabaquismo. Factores implicados en su adquisición y su mantenimiento*. Med. Clin. (Barc.); 107: 706-710.
- Conselleria de Sanitat i Consum. (1990-1991). *Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana*. Generalitat Valenciana.
- Díaz E.; Villalbí J.R.; Nebot M. y Aubá J. Sanz F. (1998). *El inicio del consumo de tabaco en escolares: estudio transversal y longitudinal de los factores predictivos*. Med. Clin. (Barc.); 110: 334-339.
- Edwards G. y Hodgson R. (1982). *Nomenclature et classification des problèmes liés à la consommation de drogue et alcool*. Memorandum OMS. Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé; 60: 499-520
- Fernández Ferré M<sup>a</sup>. L.; Gual Solé A. y Cabezas Peña C. (1994). *Alcoholismo, tabaquismo y otras drogodependencias*. En: Martín Zurro A. y Cano J.F. editores. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Barcelona: Mosby-Doyma Libros; 484-509.
- Hogg R.S. (1994). *Variability in behavioural risk factors for heart disease in an Australian aboriginal community*. J. Biosoc. Sci; 26(4): 539-51.
- Holbrook J.N. Tabaco. (1991). *Principios de Medicina Interna* En: Wilson J. Braunwald E. Isselbacher K. Petersdorf R. Martin J. Fauci A. Root R., Editores. Principios de Medicina Interna. Harrison (12<sup>a</sup> edic). Interamericana. Madrid McGraw-hill: 2506-2509.
- Iglesias Cubero G.; Rodríguez Reguero J. y Barriales Álvarez V. (1995). *Factores de riesgo coronario*. Med. Clin. (Barc.); 104: 142-147.
- López A.D.; Collishaw N.E. y Piha T. (1994). *A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries*. Tobacco Control; 3: 242-247.
- Marín Tuyá D. (1993). *Tabaco y adolescentes: más vale prevenir*. Med. Clin. (Barc.); 100: 497-500.
- Mas A. y Nerin I. (1996). *Aspectos sociológicos del tabaquismo*. PAR: 31-38.
- Merino Senobilla A.; Calvo Martín Y.; García Sebastián I.; Notoria Maeso M. y García N. Pacheco C. (1993). *Tabaquismo y su relación con unas variables en una ZBS urbana*. Atención Primaria; 7: 411-414.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1989). *Encuesta Nacional de Salud de España*.

- Madrid: Subdirección General de Epidemiología. Promoción y Educación para la Salud.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1996). *Encuesta Nacional de Salud de España*. Madrid: Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud.
- Nadal Blanco M.J.; Magro Perteguer L.F.; Gil Zarzosa L.F.; Sánchez Hernández J.M. y Guinea Jaime J. (1999). *Consumo de tabaco en la población de 20 a 44 años del Área de Salud de Guadalajara*. SEMERGEN; 5: 395-404.
- Nebot M.; Borrel C.; Ballestin M, y Villalbí JR. (1996). *Prevalencia y características asociadas al consumo de tabaco en población general en Barcelona entre 1983 y 1992*. Rev Clin Esp; 196: 359-364.
- Pardell H.; Saltó E.; Tresserras R.; Juncá S.; Fernández E.; Vicente R.; Segura A.; Rius E. y Salleras Ll. (1997). *La evolución del hábito tabáquico en Cataluña, 1982-1994*. Med. Clin. (Barc.); 109: 125-129.
- Salleras Sanmartí L. y Almaraz Gómez A. (1991). *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Masson-Salvat. Barcelona. 9ªedic.: 1.294-1.313
- Sarna L. y Brecht M.L. (1996). *Smoking status among women in households with young children*. J. Soc. Pediatr. Nurs; 1(3): 117-25.
- Serna Arnaiz M.C.; Serra i Majen L.; Miret Montané M.; Gascó Eguiluz E.; Perera Enjuanes A. y Mitjavila López J. (1997). *Prevalencia del tabaquismo en 6 comarcas de Lleida*. Atención Primaria; 5: 221-225.
- The WHO MONICA (1989). *Proyect. A worldwide system for cardiovascular diseases: cardiovascular mortality and risk factors in selected communities*. World Health Stat Annu: 27-149.
- Tormo Díaz M.J.; Navarro Sánchez C.; Chirlaque López M.D. y Pérez Flores D. (1997). *Factores de riesgo cardiovascular en la Región de Murcia*. Rev. Esp. Salud Pública; 71: 515-529.
- U.S. Preventive Services Task Force. (1998). *Guía de Medicina Clínica Preventiva*. Edición Española. Medical Trends; 476-486.

---

### Correspondencia

José M. Ortín Arroniz  
Centro de Salud de Almoradí.  
C/ Mayor 110.  
03160- Almoradí (Alicante).

---

*ARTÍCULOS  
DE REVISIÓN*

---

---

DIFERENCIAS EN LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS  
DSM-IV Y DSM-IV-TR DE LOS TRASTORNOS  
RELACIONADOS CON SUSTANCIAS Y  
COMENTARIOS SOBRE TÉRMINOS UTILIZADOS

---

María de la Cruz Pellín\*, Carmen Gimeno\*\*, Javier Esteban\*.

*\*División de Toxicología. Universidad Miguel Hernández.*

*\*\*Unidad de Conductas Adictivas de Villajoyosa.*

ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS  
DSM-IV Y DSM-IV-TR DE LOS TRASTORNOS RELACIONADOS  
CON SUSTANCIAS.

---

El DSM-IV-TR no presenta modificaciones sustanciales con respecto al DSM-IV, los objetivos según indica el APA fueron corregir errores detectados en una serie de criterios y cambiar los códigos diagnósticos según actualizaciones del ICD-9-CM, hasta una próxima revisión importante del DSM. Se han actualizado los datos sobre prevalencia para cada sustancia. A continuación se comparan ambas publicaciones: DSM-IV y DSM-IV-TR y se comentan las diferencias, con excepción de los apartados relativos a la prevalencia puesto que los datos están actualizados y se basan en estudios posteriores y en algunas sustancias se presentan datos diferentes o no comparables entre si.

**TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS**

*DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS*

Dentro del apartado de dependencia de sustancias el DSM-IV-TR profundiza en el concepto de tolerancia matizando que “para una determinada sustancia pueden aparecer diversos grados de tolerancia para cada uno de sus distintos efectos sobre el sistema nervioso central.

Por ejemplo, en el caso de los opiáceos, la tolerancia a la depresión respiratoria y a la analgesia aparecen en distintos grados”.

También se incluye en el DSM-IV-TR que los consumidores de “fenciclidina no advierten generalmente la aparición de tolerancia (aunque ésta se ha demostrado en estudios con animales y en algunos sujetos)”. En el DSM-IV se indica “no está claro si la fenciclidina da lugar a tolerancia o no”.

En la parte de abstinencia el DSM-IV-TR puntualiza sobre los síntomas de abstinencia: “Los síntomas de abstinencia, que son generalmente opuestos a los efectos agudos de las sustancias”. También incluye al Cannabis con un grupo de sustancias: “Los signos y síntomas de la abstinencia de estimulantes como las anfetaminas y la cocaína, así como la nicotina y el Cannabis, se presentan casi siempre, aunque en ocasiones son más difíciles de detectar”. Tanto en el DSM-IV como en el DSM-IV-TR se comenta que ni la tolerancia ni la abstinencia son condiciones necesarias ni suficientes para diagnosticar una dependencia de sustancias. El DSM-IV-TR resalta su importancia comentando que “No obstante, para la mayoría de sustancias, los antecedentes de tolerancia o abstinencia previa se asocian a un curso clínico más grave (inicio más temprano de la dependencia, niveles más elevados de ingestión de la sustancia y un mayor número de problemas relacionados con ella)”.

En la parte de Especificaciones de curso en el DSM-IV-TR se añade: “Para aquellos criterios que exigen la presencia de problemas recurrentes, puede aplicarse una especificación de remisión sólo si no se ha presentado ningún aspecto de los criterios (p. ej., si un individuo sufre un accidente mientras conduce en estado de intoxicación, es suficiente para no considerarlo en remisión)”.

#### *ABUSO DE SUSTANCIAS*

El DSM-IV-TR incluye dentro de las características del abuso de sustancias “Para que pueda aplicarse un criterio de abuso, el problema relacionado con la sustancia debe haberse producido repetidamente durante un período continuado de 12 meses o bien debe ser persistente”. Mientras que en el DSM-IV se indicaba: “Estos problemas pueden tener lugar repetidamente durante un periodo continuado de 12 meses”. El DSM-IV-TR añade “El término abuso debería aplicarse solamente a un patrón de consumo de sustancias que cumple los criterios para este trastorno; el término no debería utilizarse como sinónimo de «consumo», «mal uso» o «consumo peligroso»”.

## TRASTORNOS INDUCIDOS POR SUSTANCIAS

### *INTOXICACIÓN POR SUSTANCIAS*

En el DSM-IV-TR y en el DSM-IV se comenta: “Diferentes sustancias (incluso de distintas clases) pueden producir síntomas idénticos. Por ejemplo, tanto la intoxicación por anfetaminas como por cocaína pueden dar lugar a grandiosidad e hiperactividad, acompañadas de taquicardia, dilatación pupilar, elevación de la tensión arterial y transpiración o escalofríos”. El DSM-IV-TR añade “También el alcohol y sustancias como los sedantes, los hipnóticos o los ansiolíticos producen síntomas de intoxicación similares”.

### *ABSTINENCIA DE SUSTANCIAS*

#### *Vía de administración*

En el DSM-IV-TR y en el DSM-IV se comenta: “La vía de administración de las sustancias es un factor importante para determinar sus efectos (incluyendo el tiempo requerido para que aparezca la intoxicación, la probabilidad de que su consumo produzca cambios fisiológicos asociados a la abstinencia, la probabilidad de que su consumo lleve a la dependencia o al abuso)”. En el DSM-IV se añadía “y si los patrones de consumo se caracterizaran por intoxicaciones intermitentes o uso diario”.

En el DSM-IV-TR y en el DSM-IV se comenta: “Las vías de administración que permiten una llegada rápida de una gran cantidad de sustancia al cerebro se asocian también al consumo de grandes cantidades y aumentan la probabilidad de efectos tóxicos. Por ejemplo, una persona que utiliza anfetamina por vía intravenosa es más probable que consuma rápidamente grandes cantidades y, por lo tanto, aumente el riesgo de sobredosis, que el sujeto que sólo ingiere la anfetamina por vía oral”. En el DSM-IV se añadía al final “o intranasal”.

#### *Duración de los efectos*

El DSM-IV-TR cita un ejemplo para explicar la relación entre la vida media de un compuesto y la abstinencia: “Por ejemplo, en el caso de la heroína, el inicio de los síntomas de abstinencia aguda es más rápido, pero el síndrome de abstinencia es menos persistente que para la metadona. En general, cuanto más largo es el período agudo de abstinencia, menos intenso tiende a ser el síndrome”.

### *Uso de varias sustancias*

El DSM-IV-TR explica mejor la dependencia a varias sustancias: “Cuando se cumplen los criterios para más de un trastorno relacionado con sustancias, el diagnóstico de dependencia de varias sustancias no debería utilizarse. Se aplica solamente en aquellas situaciones en las que el patrón de consumo de múltiples sustancias no cumple criterios de dependencia o abuso para una sustancia determinada, pero sí los cumple para el grupo de sustancias en su conjunto. El diagnóstico de dependencia de varias sustancias debe realizarse en algunos casos...”

El DSM-IV decía: “Cuando se cumplen los criterios para más de un trastorno relacionado con sustancias, deben realizarse varios diagnósticos. El diagnóstico de dependencia de varias sustancias debe realizarse en algunos casos...”

### **CURSO**

El DSM-IV-TR dice “La intoxicación suele producirse en minutos después de una dosis suficiente...”, En el DSM-IV se contemplaba “...minutos u horas...”.

En el curso de la abstinencia en el DSM-IV-TR se incluye un ejemplo “Por ejemplo, la alteración del sueño puede observarse durante meses después de que un individuo con dependencia de alcohol deje de beber”.

El DSM-IV explica que en muchos sujetos el uso de una sustancia evoluciona hacia una dependencia “Esto es cierto, en especial, para aquellas sustancias que tienen un potencial alto de tolerancia, abstinencia y patrones de uso compulsivo”, el DSM-IV-TR cita a continuación “como la cocaína o la heroína”.

En ambos textos se expone que “el curso de la dependencia de sustancias es variable. Aunque pueden aparecer períodos de dependencia relativamente breves y autolimitados (en particular durante épocas de estrés psicosocial), el curso es habitualmente crónico, dura años con períodos de agudización y remisión parcial o total... La presencia de trastornos mentales concomitantes (p. ej., trastorno antisocial de la personalidad, trastorno depresivo mayor) aumenta con frecuencia el riesgo de complicaciones y de una mala evolución”. En el DSM-IV-TR especifica “trastorno depresivo mayor no tratado”, e incluye “trastorno bipolar” en los ejemplos.

## DETERIORO Y COMPLICACIONES

Este apartado es idéntico en las dos ediciones, se cita a continuación porque expresa la dependencia psicológica del feto, “Por último, muchas, si no todas, las sustancias descritas en esta sección atraviesan la placenta teniendo potenciales afectos secundarios en el desarrollo del feto (p. ej., síndrome alcohólico fetal). Tomadas en dosis altas por la madre, numerosas sustancias (p. ej., cocaína, opiáceos, alcohol, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos) son capaces de provocar dependencia psicológica en el feto y síndrome de abstinencia en el recién nacido”.

## PATRÓN FAMILIAR

A continuación del comentario: “Aunque el abuso y la dependencia de sustancias sigue una distribución familiar, alguno de estos efectos se explican por la distribución familiar concurrente del trastorno antisocial de la personalidad, que predispone a los sujetos al abuso ya la dependencia de sustancias”, el DSM-IV-TR añade “Además, los hijos de individuos que sufren dependencia del alcohol (pero no trastorno antisocial de la personalidad) no presentan una predisposición a desarrollar dependencia de sustancias; solamente tienen un mayor riesgo de desarrollar dependencia del alcohol”.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El DSM-IV-TR explica “Los trastornos relacionados con sustancias se distinguen del consumo no patológico de sustancias (p. ej., bebedores «sociales» ) y del consumo apropiado de medicamentos por razones médicas debido a la presencia de un patrón de múltiples síntomas que aparecen en un período de tiempo largo (p. ej., tolerancia, abstinencia, consumo compulsivo)...”. En el DSM-IV indicaba en la última frase “...debido a la presencia de tolerancia, abstinencia, consumo compulsivo...”.

El DSM-IV-TR ha suprimido que la abstinencia de sustancias debe distinguirse del trastorno sexual inducido por sustancias, de inicio durante la intoxicación.

## TRASTORNOS MENTALES INDUCIDOS POR SUSTANCIAS INCLUIDOS EN OTRAS SECCIONES DEL MANUAL

Ambos manuales explican: “Hay que señalar que el diagnóstico trastorno inducido por sustancias, de inicio durante la intoxicación y de inicio durante la abstinencia, no debe hacerse en lugar del diagnóstico de intoxicación por o de abstinencia de sustancias, salvo en el caso de que los síntomas sean excesivos en relación con los que suelen aparecer en los síndromes de intoxicación por o de abstinencia de características de una sustancia en particular, y cuando presenten la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente”. El DSM-IV-TR agrega: “Por ejemplo, la depresión y la fatiga que aparecen tras dejar de consumir cocaína después de un período prolongado de consumo diario se diagnostican habitualmente como abstinencia de cocaína, ya que estos síntomas constituyen características típicas de este síndrome. La depresión grave acompañada de intento de suicidio es diagnosticada habitualmente como trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína, con síntomas depresivos, de inicio durante la abstinencia, ya que la depresión suicida se considera excesiva en la abstinencia a la cocaína y justificaría la atención clínica independiente”.

Mas adelante dentro de las cuestiones a considerar para distinguir un trastorno mental primario de un trastorno inducido por sustancias se expone la presencia o ausencia de síntomas fisiológicos y de comportamiento de intoxicación o de abstinencia, y el DSM-IV-TR dice: “Por ejemplo, la presencia de ideas delirantes no debe sorprender en el contexto de una intoxicación por anfetaminas. pero ya no es tan frecuente en la intoxicación por sedantes, aumentando así la probabilidad de que los síntomas se expliquen mejor por la presencia de un trastorno psicótico.” El DSM-IV expresa lo mismo pero el ejemplo de intoxicación es por fenciclidina.

## TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL

### *TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL: DEPENDENCIA DEL ALCOHOL*

Las dos ediciones manifiestan que “la dependencia fisiológica del alcohol se reconoce por la demostración de tolerancia o de síntomas de abstinencia”. El DSM-IV-TR incorpora “En especial si se asocia a antecedentes de abstinencia, la dependencia fisiológica constituye una indicación de un curso clínico en general más grave (p. ej., inicio

temprano, ingesta más elevada, más problemas relacionados con el alcohol)".

En el DSM-IV se manifiesta "la abstinencia de alcohol se caracteriza por la aparición de síntomas de abstinencia unas 12 horas después de disminuir la ingesta de grandes cantidades tras un consumo prolongado" el DSM-IV-TR amplía el periodo: "...unas 4 a 12 horas...".

El DSM-IV manifiesta "Debido a que la abstinencia de alcohol puede ser desagradable e intensa, los sujetos con dependencia del alcohol pueden continuar consumiendo alcohol, a pesar de las consecuencias adversas, para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia". El DSM-IV-TR incorpora a continuación "Algunos síntomas de abstinencia (p. ej., alteraciones del sueño) pueden persistir durante meses, a intensidades menores".

#### *TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL: ABUSO DE ALCOHOL*

Los dos libros comienzan manifestando "Véase también la descripción y los criterios diagnósticos para el abuso de sustancias", el DSM-IV-TR agrega "El abuso de alcohol requiere menos síntomas y, por lo tanto, puede ser menos grave que la dependencia y solamente se diagnostica cuando se ha establecido la ausencia de esta última".

El DSM-IV expone "El sujeto puede beber en situaciones peligrosas (conduciendo, manejando máquinas en estado de embriaguez)" el DSM-IV-TR sustituye el término embriaguez por intoxicación.

Mas adelante se comenta en los dos DSM que cuando los problemas sociales o interpersonales debidos al abuso se acompañan con demostraciones de tolerancia, abstinencia o comportamiento compulsivo relacionado con la bebida, debe considerarse el diagnóstico de dependencia alcohólica más que el de abuso de alcohol. el DSM-IV-TR matiza "No obstante, dado que algunos síntomas de tolerancia, abstinencia o consumo compulsivo pueden aparecer en individuos con abuso pero no dependencia, es importante determinar si se cumplen) todos los criterios para el diagnóstico de esta última".

#### *TRASTORNOS INDUCIDOS POR EL ALCOHOL: ABSTINENCIA DE ALCOHOL*

El DSM-IV-TR indica que "Menos del 10 % de los sujetos presentará síntomas de abstinencia más graves (p. ej., hiperactividad autonómica intensa, temblores y delirium por abstinencia de alcohol)", el DSM-IV recogía el 5% de los sujetos.

## Especificaciones

En las dos obras se dice que para el diagnóstico de abstinencia de alcohol puede aplicarse la especificación: “Con alteraciones perceptivas. Esta especificación debe anotarse cuando las alucinaciones con juicio de realidad intacto o las ilusiones auditivas, visuales o táctiles aparecen en ausencia de delirium”, el DSM-IV-TR introduce la idea de que es poco frecuente, “Esta especificación debe anotarse en el caso poco frecuente de que las alucinaciones...”.

### INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL

#### a) *Síntomas y trastornos asociados*

**Características descriptivas y trastornos mentales asociados.** El DSM-IV-TR enumera que “Se estima que aproximadamente 1 de cada 5 admisiones en las unidades de cuidados intensivos de hospitales urbanos está relacionada con el alcohol y que el 40 % de los individuos de Estados Unidos sufren un accidente relacionado con el alcohol en algún momento de su vida, siendo esta sustancia la responsable del 55 % de las muertes relacionadas con la conducción”, el DSM-IV daba menos información “Se estima que aproximadamente la mitad de las muertes por accidentes de tráfico se deben a que el conductor o el peatón están bebidos”.

El DSM-IV-TR expone “El abuso y la dependencia del alcohol, junto con el abuso y la dependencia de otras sustancias, se presentan en individuos de todos los niveles de formación y de cualquier status socioeconómico. Los porcentajes de trastornos relacionados con el alcohol son elevados entre individuos sin hogar (homeless), lo cual parece reflejar la caída en espiral en los ámbitos laboral y social, aunque muchas personas que presentan dependencia o abuso continúan manteniendo relaciones con sus familiares y rindiendo normalmente en su empleo”. El DSM-IV cita “El abuso y la dependencia del alcohol, junto con el abuso y la dependencia de otras sustancias presenta una alta prevalencia entre los sujetos sin hogar”

El DSM-IV-TR expone “Los trastornos del estado de ánimo, la ansiedad, la esquizofrenia y el trastorno antisocial de la personalidad pueden asociarse a dependencia del alcohol. Algunas evidencias sugieren que al menos una parte de la asociación ente depresión y dependencia del alcohol puede ser atribuible a síntomas de depresión comórbida que aparecen como consecuencia de los efectos agudos de la intoxicación o la abstinencia”. El DSM-IV dice “Los trastornos del estado de ánimo, los tras-

tornos de ansiedad y la esquizofrenia pueden asociarse también a la dependencia alcohólica. Aunque el comportamiento antisocial y el trastorno antisocial de la personalidad suelen asociarse a trastornos relacionados con el alcohol, es más frecuente que se asocien a trastornos relacionados con sustancias ilegales (p. ej., cocaína, heroína o anfetaminas) que, con frecuencia, dan lugar a actos criminales”.

**Hallazgos de laboratorio.** El DSM-IV-TR explica “Por lo menos el 70 % de los sujetos con elevación de la GGT bebe de manera abundante y persistente (es decir, consume 8 o más bebidas diariamente, de un modo regular). Una segunda prueba con niveles de sensibilidad y especificidad comparables o incluso más elevados es la determinación de la transferrina deficitaria en carbohidratos (TDC), que arroja niveles de 20 o más unidades, y que resulta de utilidad para identificar individuos que consumen regularmente 8 o más bebidas diariamente. Dado que los niveles de GGT y TDC vuelven a la normalidad al cabo de días o semanas de dejar de beber, ambos marcadores de estado son útiles para monitorizar la abstinencia, especialmente cuando el clínico observa a lo largo del tiempo aumentos, y no disminuciones, de estos valores. La combinación de las pruebas de TDC y GGT puede presentar una mayor sensibilidad y especificidad que la utilización de cada una por separado”. En este texto respecto al DSM-IV se relaciona el consumo de un número de bebidas con la elevación de la GGT y se da a conocer la utilidad de la TDC.

**Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas.** El DSM-IV-TR explica “Los efectos más persistentes del sistema nervioso central incluyen déficit cognoscitivos, deterioro grave de la memoria y cambios degenerativos en el cerebelo. Estos efectos están relacionados con los efectos directos del alcohol o traumatismos y con la deficiencia de vitaminas (en especial déficit de vitamina B, incluyendo el de tiamina)”. Con respecto al El DSM-IV se incorpora la relación con efectos directos del alcohol o traumatismos.

El DSM-IV-TR explica “El consumo de alcohol abundante y repetido puede asociarse, en las mujeres, a irregularidades menstruales y, durante el embarazo, a abortos espontáneos y síndrome alcohólico fetal”. Con respecto al El DSM-IV se incorpora la asociación con irregularidades menstruales.

#### *b) Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo.*

Dentro de este epígrafe ambos libros refieren la existencia de polimorfismos genéticos y su relación con el consumo de alcohol, la diferencia

entre ellos es que el DSM-IV-TR refiere el porcentaje de población que presenta el polimorfismo, entre la población asiática, para la aldehído-deshidrogenasa: “Cuando el 10 % estimado de individuos que carece completamente de enzimas metabolizadoras del alcohol consumen esta sustancia, presentan rubefacción facial... El 40 % de la población con déficit relativo de enzimas padece una rubefacción menos intensa, pero continúan presentando un riesgo significativamente reducido de desarrollar un trastorno por consumo de alcohol”.

*c) Curso*

Los dos manuales comentan: “La decisión de interrumpir la bebida, a menudo como respuesta a una situación de crisis, es seguida con toda probabilidad por semanas o meses de abstinencia”, el DSM-IV-TR añade “a menudo seguidos por períodos limitados de control o consumo sin problemas”.

En los estudios de seguimiento de los sujetos el DSM-IV-TR introduce: “Incluso en los individuos con un menor nivel de funcionalidad y sin hogar que sufren dependencia del alcohol que completan un programa de tratamiento, se ha observado que hasta el 60 % mantienen la abstinencia a los 3 meses y el 45% lo hacen después de 1 año”.

*d) Patrón familiar*

El DSM-IV-TR dice: “Con frecuencia, la dependencia alcohólica presenta un patrón familiar y se estima que del 40 al 60 % de variación del riesgo se explica por influencias genéticas”. Mientras que el DSM-IV refiere que “...se han detectado indicios de algunos factores genéticos”.

## TRASTORNOS RELACIONADOS CON ALUCINÓGENOS

### *TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALUCINÓGENOS: DEPENDENCIA DE ALUCINÓGENOS*

En el comentario “Existe tolerancia cruzada entre el LSD y otros alucinógenos (p. ej., psilocibina y mescalina)”, el DSM-IV-TR introduce “pero la tolerancia no se extiende a la mayoría de sustancias de otras categorías, como la PCP y la Cannabis”.

### TRASTORNOS INDUCIDOS POR ALUCINÓGENOS: INTOXICACIÓN POR ALUCINÓGENOS

El DSM-IV-TR agrega que “A bajas dosis, los cambios perceptivos no suelen incluir alucinaciones”.

### INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON ALUCINÓGENOS

#### *a) Características y trastornos asociados*

El DSM-IV-TR agrega que “La intoxicación puede también asociarse a cambios fisiológicos, incluyendo aumentos en los niveles sanguíneos de glucosa, cortisol, ACTH y prolactina.

#### *b) Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo.*

El DSM-IV-TR indica “Los alucinógenos pueden ser consumidos como parte de prácticas religiosas establecidas, como ocurre con el peyote en la Iglesia Nativa Americana. En Estados Unidos existen diferencias regionales en su uso y han aparecido cambios en los patrones de consumo a lo largo de las décadas”, Las diferencias frente a la edición anterior son que cita el ejemplo del peyote y comenta la aparición de cambios en los patrones.

### TRASTORNOS RELACIONADOS CON ANFETAMINAS (O SUSTANCIAS DE ACCIÓN SIMILAR)

#### TRASTORNOS POR CONSUMO DE ANFETAMINAS: DEPENDENCIA DE ANFETAMINA

El contenido es similar en ambos manuales, el DSM-IV-TR incluye: “Los estados de abstinencia se asocian a menudo a síntomas depresivos temporales, pero potencialmente intensos, que pueden parecer un episodio depresivo mayor”.

#### TRASTORNOS POR CONSUMO DE ANFETAMINAS: ABUSO DE ANFETAMINA

Ambos textos describen que cuando los problemas debidos al consumo se acompañan de demostraciones de tolerancia, abstinencia o comportamiento compulsivo, se debe considerar preferentemente un diagnóstico de dependencia de anfetamina antes que de abuso de anfetamina. El DSM-IV-TR incide: “Sin embargo, dado que algunos síntomas de tolerancia, abstinencia o consumo compulsivo pueden aparecer en individuos con abuso pero no dependencia, resulta importante determinar si se cumplen todos los criterios de dependencia”.

#### *TRASTORNOS INDUCIDOS POR ANFETAMINA: ABSTINENCIA DE ANFETAMINA*

El DSM-IV-TR hace mención de dos nuevos aspectos, “Los síntomas de abstinencia son, en general, opuestos a los que se observan durante la intoxicación” y “La gran mayoría de individuos con dependencia de anfetaminas han sufrido un síndrome de abstinencia en algún momento de su vida, y casi todos indican presentar tolerancia”.

#### *INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA ANFETAMINA: SÍNTOMAS Y TRASTORNOS ASOCIADOS*

En el DSM-IV-TR se han suprimido las siguientes afirmaciones: “El consumo intravenoso de anfetamina se asocia en ocasiones a dependencia de opiáceos”, y “Han sido atribuidas menos complicaciones maternas o neonatales a esta clase de sustancias que a la cocaína. Esta diferencia puede reflejar la mayor prevalencia del consumo de cocaína más que una menor toxicidad de las anfetaminas”. Además el DSM-IV dice “Una historia de trastorno disocial durante la infancia, de trastorno antisocial de la personalidad y de trastorno por déficit de atención con hiperactividad puede ir asociada a la posterior aparición de un trastorno relacionado con la anfetamina”, y el DSM-IV-TR suprime el trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

#### **TRASTORNOS RELACIONADOS CON CAFEÍNA**

##### *INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE TRASTORNOS RELACIONADOS CON CAFEÍNA*

###### *a) Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo*

El DSM-IV-TR comenta “Con la edad, es probable que la gente presente reacciones cada vez más intensas a la cafeína, con un mayor número de quejas relacionadas, con la interferencia con el sueño o con la sensación de hiperestimulación.

###### *b) Curso*

El DSM-IV-TR comenta “La ingesta de cafeína se inicia habitualmente a mitad de la adolescencia, observándose un aumento del consumo hasta alrededor de los cuarenta años, cuando éste se estabiliza y empieza posiblemente a disminuir. Entre aproximadamente el 40 % de individuos que han dejado de tomar cafeína, la mayoría comunican que han cambiado su patrón en respuesta a sus efectos colaterales o a su preocupación por la salud. Sus efectos colaterales incluyen arritmias y otras alteraciones

cardíacas, aumento de la presión arterial, enfermedad fibroquística de la mama, insomnio o ansiedad”, Se ha suprimido los siguientes datos del DSM-IV “La vida media de la cafeína es de 2-6 horas, de manera que la mayoría de los síntomas de intoxicación acostumbran durar entre 6-16 horas después de su ingesta”.

## TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL CANNABIS

El DSM-IV-TR introduce: “Recientemente, se ha introducido en Asia, Hawai y California. un nuevo y potente tipo de Cannabis, la sensimilla... Los cannabinoides tienen distintos efectos sobre el cerebro, entre los que deben destacarse los que son consecuencia de la acción sobre los receptores cannabinoides CB1 y CB2, repartidos por el sistema nervioso central. Los ligandos endógenos para estos receptores, anandamida y N-palmito-etanolamida, se comportan esencialmente como neurotransmisores”.

### *TRASTORNOS POR CONSUMO DE CANNABIS: DEPENDENCIA DE CANNABIS*

El DSM-IV-TR dice: “Los sujetos con dependencia de Cannabis presentan un consumo compulsivo y problemas asociados. La tolerancia a muchos de los efectos de Cannabis ha sido observada en sus consumidores crónicos”. El DSM-IV recoge: “Los sujetos con dependencia de Cannabis presentan un consumo compulsivo y en general no desarrollan dependencia fisiológica, aunque la tolerancia a muchos de los efectos de Cannabis ha sido observada en sus consumidores crónicos”.

El DSM-IV-TR continúa diciendo “También se han observado algunos síntomas de abstinencia, pero su significación clínica es incierta. Existen evidencias de que la mayoría de consumidores crónicos de cannabinoides desarrollan tolerancia o abstinencia y que estos individuos presentan, en general, problemas relacionados con drogas más peligrosas”. En el DSM-IV se cita “También se han observado algunos síntomas de abstinencia, pero sin significación clínica”.

### *TRASTORNOS POR CONSUMO DE CANNABIS: ABUSO DE CANNABIS*

El DSM-IV-TR refiere “Cuando los problemas psicológicos o físicos se asocian con el consumo compulsivo de Cannabis debe considerarse el diagnóstico de dependencia en lugar del de abuso”. El DSM-IV comienza la frase diciendo “Cuando hay niveles significativos de tolerancia, o cuando los problemas físicos se asocian...”

### INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE TRASTORNOS RELACIONADOS CON CANNABIS: CURSO

En ambos libros se comenta “La dependencia y el abuso de Cannabis se presenta habitualmente al cabo de un largo período de tiempo”, el DSM-IV-TR añade “aunque la progresión puede ser más rápida en personas jóvenes con problemas generalizados de conducta”.

Además el DSM-IV-TR introduce “Al igual que sucede con el alcohol, la cafeína y la nicotina, el consumo de cannabinoides aparece en las primeras fases del consumo de sustancias en muchos individuos que posteriormente desarrollan dependencia de otras sustancias -una observación que ha llevado a la especulación de que la Cannabis puede ser una «sustancia que facilite el consumo de otras sustancias»-. Sin embargo, las bases sociales, psicológicas y neuroquímicas de esta posible progresión no están del todo claras, y no se sabe con seguridad si la marihuana conduce al consumo de otros tipos de sustancias.

### TRASTORNOS RELACIONADOS CON COCAÍNA

#### TRASTORNOS POR CONSUMO DE COCAÍNA: DEPENDENCIA DE COCAÍNA

El DSM-IV-TR refiere “Debido a su corta vida media, de alrededor de 30 a 50 minutos, se necesitan dosis frecuentes para mantener su efecto euforizante”, en el DSM-IV no se especificaba el tiempo.

El siguiente párrafo del DSM-IV-TR amplía la información del DSM-IV, “La tolerancia aparece con el consumo repetido, independientemente de la vía de administración. Es posible observar síntomas de abstinencia, especialmente hipersomnolia, aumento del apetito y estado de ánimo disfórico; siendo probablemente éstos los que aumentan el ansia (craving) y la probabilidad de recaer en el consumo. La gran mayoría de individuos que sufren dependencia de cocaína han presentado signos de dependencia fisiológica a esta sustancia (tolerancia o abstinencia) en algún momento. La designación «Con dependencia fisiológica» se ha asociado a un inicio más temprano de la dependencia y a un mayor número de problemas relacionados con esta sustancia”. El DSM-IV dice: “La tolerancia aparece con el consumo repetido, en función de la vía de administración. Pueden observarse síntomas de abstinencia, en especial estados de ánimo disfóricos, pero suelen ser transitorios y asociados al consumo de dosis altas”.

*TRASTORNOS POR CONSUMO DE COCAÍNA: ABUSO DE COCAÍNA*

El DSM-IV-TR cuando está considerando el diagnóstico de dependencia y el de abuso, introduce la siguiente consideración: "Sin embargo, dado que algunos síntomas de tolerancia, abstinencia o consumo compulsivo pueden aparecer en individuos con abuso pero no con dependencia, es importante determinar si se cumplen todos los criterios para el diagnóstico de esta última".

*TRASTORNOS INDUCIDOS POR COCAÍNA: INTOXICACIÓN POR COCAÍNA*

El DSM-IV-TR indica que "La intoxicación grave puede producir convulsiones, arritmias cardíacas, hiperpirexia y muerte". El DSM-IV comenta "La intoxicación grave puede conducir al coma".

*INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON COCAÍNA**a) Características y trastornos asociados*

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. El DSM-IV-TR cita "Las alteraciones mentales que aparecen asociadas a la cocaína se resuelven habitualmente horas después de interrumpir el consumo de cocaína, aunque pueden persistir hasta 1 mes", el DSM-IV nombra que pueden persistir semanas

El DSM-IV-TR y el DSM-IV dicen que "Los sujetos con dependencia de cocaína presentan con frecuencia respuestas condicionadas a los estímulos relacionados con la cocaína (p. ej., necesidad irresistible de mirar sustancias con aspecto de polvo blanco)", el DSM-IV-TR añade "un fenómeno que ocurre con la mayoría de sustancias que producen cambios psicológicos intensos".

*b) Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo*

En el DSM-IV-TR no aparece la afirmación siguiente: "Los trastornos relacionados con la cocaína son más frecuentes en sujetos entre los 18 y 30 años" que figura en el DSM-IV. Asimismo se ha suprimido en la última edición una frase que resultaba confusa, mientras que DSM-IV-TR comenta "Los hombres se hallan más frecuentemente afectados que las mujeres, con una proporción de 1,5-2,0:1", en el DSM-IV aparece "Como ocurre con otros trastornos relacionados con sustancias, los varones los presentan con mayor frecuencia que las mujeres. Los trastornos por consumo de cocaína están repartidos por igual entre varones y mujeres".

## TRASTORNOS RELACIONADOS CON FENCICLIDINA (O SUSTANCIAS DE ACCIÓN SIMILAR)

El DSM-IV-TR cita “Las fenciclidinas (o sustancias de acción similar) incluyen la fenciclidina (PCP, Sernylan) y compuestos menos potentes, pero de acción similar, como la ketamina (Ke-talar, Ketaject), la ciclohexamina y la dizocilpina”. En el DSM-IV se indica la fenciclidina, la Ketamina y “...un análogo de la fenciclidina del grupo de los tiofenos (TCP; 1-[1-2-tienil-ciclohexil]-piperidina)”. El DSM-IV-TR, por tanto introduce dos nuevos compuestos y elimina otro.

### *TRASTORNOS POR CONSUMO DE FENCICLIDINA: DEPENDENCIA DE FENCICLIDINA*

El DSM-IV-TR indica “La agresividad física, probablemente resultado del pensamiento desorganizado, la agitación y la alteración del juicio, se ha identificado como un efecto adverso especialmente problemático de la fenciclidina. El DSM-IV cita “La agresividad física ha sido identificada como un efecto adverso específico de la fenciclidina”.

### *TRASTORNOS INDUCIDOS POR FENCICLIDINA: INTOXICACIÓN POR FENCICLIDINA*

El DSM-IV-TR incluye “Existen también pruebas de que los individuos con esquizofrenia pueden presentar una exacerbación de los síntomas psicóticos”.

### *INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA FENCICLIDINA*

#### *a) Características y trastornos asociados*

Hallazgos de laboratorio. El DSM-IV-TR aclara que la permanencia en orina de la fenciclidina o sustancias relacionadas durante varias semanas es “...debido a su elevada liposolubilidad”, y también que la elevación en la creatínfosfocinasa (CPK) y la transaminasa glutámico-oxalacética en el suero (SGOT) “...refleja daño muscular” .

#### *b) Diagnóstico diferencial*

Cuando se comparan los episodios recidivantes con síntomas psicóticos o afectivos debidos a la intoxicación por fenciclidina que pueden semejar una esquizofrenia o un trastorno del estado de ánimo, el DSM-IV-TR describe “Un inicio rápido de los síntomas. la presencia de delirium, o la observación de nistagmo o hipertensión, también es más sugerente de una intoxicación por fenciclidina que de esquizofrenia. pero el consumo de

fenciclidina puede inducir un episodio agudo en pacientes con esquizofrenia. El DSM-IV solo cita que "...un inicio rápido de los síntomas también es más sugerente de una intoxicación por fenciclidina que...".

## TRASTORNOS RELACIONADOS CON INHALANTES

En este apartado el DSM-IV-TR nombra los compuestos químicos presentes en inhalantes: "Los ingredientes activos incluyen tolueno, benceno, acetona, tetracloroetileno, metanol y otras sustancias".

### *TRASTORNOS POR CONSUMO DE INHALANTES: DEPENDENCIA DE INHALANTES*

En el DSM-IV-TR se han suprimido las características que describían el síndrome de abstinencia en la anterior edición. El DSM-IV-TR comenta "Se ha descrito un posible síndrome de abstinencia leve, pero no ha sido correctamente documentado y parece carecer de importancia clínica". El DSM-IV recoge "Se ha descrito un posible síndrome de abstinencia con inicio entre 24 y 48 horas después de interrumpir el consumo y con una duración de 2-5 días, con síntomas que incluyen alteraciones del sueño, temblores, irritabilidad, diaforesis, náuseas e ilusiones pasajeras. De todos modos, este síndrome no ha sido correctamente documentado y parece carecer de importancia clínica".

### *TRASTORNOS POR CONSUMO DE INHALANTES: ABUSO DE INHALANTES*

El DSM-IV-TR amplía "Durante la intoxicación los consumidores también pueden comportarse de manera agitada e incluso violenta. con los consiguientes problemas legales e interpersonales que ello conlleva".

### *INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON INHALANTES*

#### *a) Características y trastornos asociados*

**Hallazgos de laboratorio.** El DSM-IV-TR introduce de nuevo "Sin embargo. un metabolito del tolueno, el ácido hipúrico, es excretado en orina, siendo sugestivo de consumo de tolueno un cociente superior a 1 en relación con la creatinina".

**Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas.** El DSM-IV-TR incluye hallazgos no específicos en el aparato respiratorio "...muestras de irritación de las vías superiores o inferiores, que incluyen aumento de resistencia en las vías aéreas, hipertensión pulmonar, malestar respiratorio agudo, tos, mucosidad, disnea y afonía. En oca-

siones aparece cianosis como resultado de una neumonitis o de asfixia". El DSM-IV cita "...tos, mucosidad, disnea y afonía".

*b) Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo*

El DSM-IV-TR incorpora "Aunque muchos estudios han revelado pocas diferencias entre los distintos grupos étnicos o raciales, un estudio realizado en niños de las zonas rurales de Alaska reveló que al menos el 50 % de los niños nativos de este país que viven en pueblos aislados han consumido en algún momento de su vida disolventes para animarse".

## TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA NICOTINA

El DSM-IV-TR indica "Debido a la escasez de datos clínicamente relevantes la intoxicación de nicotina y el abuso de esta sustancia no se incluyen en el DSM-IV". El DSM-IV dice: "La intoxicación y el abuso de nicotina no se incluyen en el DSM-IV; la intoxicación por nicotina aparece excepcionalmente y no ha sido bien estudiada, y el abuso de nicotina no se observa en ausencia de dependencia".

### INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON NICOTINA

*a) Características y trastornos asociados*

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. El DSM-IV observa "La dependencia de nicotina es más frecuente en sujetos con otros trastornos mentales", el DSM-IV-TR añade "como la esquizofrenia".

*b) Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo.*

El DSM-IV-TR incorpora "Los hombres afroamericanos tienden a presentar concentraciones sanguíneas de nicotina más elevadas para un mismo número de cigarrillos fumados, en comparación con otros grupos raciales, pudiendo esto contribuir a que sea mayor su dificultad para abandonar el hábito tabáquico. La prevalencia más elevada de consumo de nicotina, a diferencia de otras sustancias, aparece en individuos mayores.... El consumo de tabaco light es mucho más elevado en los hombres que en las mujeres, con una relación igualo superior a 8: 1".

*c) Curso*

El DSM-IV-TR indica "El consumo de nicotina se inicia habitualmente durante los primeros años de la adolescencia", El DSM-IV cita "...durante la juventud".

El DSM-IV-TR indica “alrededor del 45 % de individuos que consumen nicotina regularmente son capaces de dejar de fumar de manera eventual”, El DSM-IV cita “En Estados Unidos, cerca del 45 % de los fumadores eventuales deja de fumar”.

El DSM-IV también comenta: “Los síntomas depresivos que aparecen al dejar de fumar pueden ser responsables de las recaídas. Se discute si existen otros síntomas de abstinencia que desempeñen un papel destacado en las recaídas”.

El DSM-IV-TR añade “Esta evolución intermitente y el deseo repetido de abstinencia pueden probablemente aplicarse de modo similar al consumo de otras formas de nicotina, como a la «masticación» de tabaco”.

## TRASTORNOS RELACIONADOS CON OPIÁCEOS

### *TRASTORNOS INDUCIDOS POR OPIÁCEOS: ABSTINENCIA DE OPIÁCEOS*

El DSM-IV-TR agrega “Prácticamente todos los individuos que presenten dependencia de opiáceos presentan un componente fisiológico incluyéndose un 50 % que han padecido abstinencia”.

### *INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON OPIÁCEOS*

#### *a) Características y trastornos asociados*

**Características descriptivas y trastornos mentales asociados.** El DSM-IV-TR comenta: “Los individuos con dependencia de opiáceos están especialmente predispuestos a desarrollar depresión leve o moderada que cumple los criterios sintomáticos y de duración del trastorno distímico y, en ocasiones, del trastorno depresivo mayor”. La diferencia fundamental con el DSM-IV es que nombra el trastorno distímico.

A continuación el DSM-IV-TR refiere “Los períodos de depresión son especialmente frecuentes durante la intoxicación crónica, o pueden ir asociados al estrés físico o psicosocial relacionado con la dependencia de opiáceos”. El DSM-IV no cita el estrés físico.

**Hallazgos de laboratorio.** El DSM-IV-TR expone que “Las pruebas de screening de la hepatitis A, B y C son positivas en hasta un 80-90 % de los consumidores por vía endovenosa, tanto para el antígeno de la hepatitis (que indica la presencia de una infección activa), como para el anticuerpo (que evidencia una infección antigua). El DSM-IV no presenta el porcentaje de resultados positivos”.

**Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas.** El DSM-IV-TR indica que “El tétanos y la infección por *Clostridium*

botulinum son una consecuencia relativamente rara, pero muy grave de la inyección de opiáceos, especialmente si se utilizan agujas contaminadas". El DSM-IV no incluye al *Clostridium botulinum*.

El DSM-IV-TR refiere "Además de infecciones... la dependencia de opiáceos se asocia a una alta mortalidad ( 1,5-2 % al año ). Las causas más frecuentes de muerte incluyen sobredosis, accidentes, lesiones, SIDA u otras complicaciones médicas". La mortalidad recogida en el DSM-IV es "(aproximadamente 10 por 1.000 al año en los sujetos no tratados)", y en las causas mas frecuentes de muerte no incluye el SIDA.

#### *b) Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo*

El DSM-IV-TR apunta que eran las mujeres especialmente las dependientes de opiáceos. a finales del siglo XIX y principios del siglo La edad avanzada parece asociada al descenso de la prevalencia. También señala: "Sin embargo, muchas personas permanecen dependientes de opiáceos durante 50 años o más. Los hombres se afectan con más frecuencia, con una proporción hombre a mujer de 1,5: 1 para los opiáceos distintos a la heroína (disponibles mediante prescripción) y de 3: 1 para la heroína". El DSM-IV muestra datos anteriores: "Sin embargo, muchas personas permanecen dependientes de opiáceos durante 10 años o más. Los varones se afectan con más frecuencia, con una proporción varón a mujer de 3 o 4:1".

#### *c) Curso*

El DSM-IV-TR establece que "Aunque se producen recaídas, y aun cuando se han comunicado tasas de mortalidad a largo plazo del 2 % por año, aproximadamente el 20-30% de los individuos que presentan dependencia de opiáceos logran la abstinencia a largo plazo". El DSM-IV no da cifras, "La recaída después de la abstinencia es frecuente, incluso después de muchos años de confinamiento".

#### *d) Diagnóstico diferencial*

El DSM-IV-TR comenta que "Los opiáceos producen síntomas de trastorno mental con menor frecuencia que la mayoría de las otras drogas de abuso", y ha suprimido un párrafo del DSM-IV que agregaba "y, en algunas ocasiones, incluso reducen dichos síntomas. En estos casos, los síntomas o trastornos mentales pueden aparecer al interrumpir el consumo de opiáceos".

## TRASTORNOS RELACIONADOS CON SEDANTES, HIPNÓTICOS O ANSIOLÍTICOS

### *TRASTORNOS INDUCIDOS POR SEDANTES, HIPNÓTICOS O ANSIOLÍTICOS: ABSTINENCIA DE SEDANTES, HIPNÓTICOS O ANSIOLÍTICOS*

El DSM-IV-TR señala: “En la abstinencia grave aparecen alucinaciones visuales, táctiles, auditivas o ilusiones, pero se encuentran habitualmente en el contexto de un delirium”, el DSM-IV no contextualiza en un delirium las alucinaciones.

## TRASTORNO RELACIONADO CON VARIAS SUSTANCIAS

### *DEPENDENCIA DE VARIAS SUSTANCIAS*

El DSM-IV-TR incluye la siguiente información: “Por ejemplo a un individuo que, durante el mismo período de 12 meses, pierde el trabajo por consumo excesivo de alcohol, continúa consumiendo cocaína a pesar de padecer depresiones graves tras noches de consumo elevado, y se muestra incapaz de cumplir los límites autoimpuestos respecto al consumo de codeína, se le puede diagnosticar dependencia de varias sustancias. En este caso, aunque los problemas asociados con el consumo de una sola sustancia no eran lo suficientemente generales como para justificar el diagnóstico de dependencia, el consumo global de sustancias alteró de modo significativo el funcionamiento del individuo, justificando así el diagnóstico de dependencia de varias sustancias. Un patrón de este tipo puede observarse, por ejemplo, cuando el consumo de sustancias es altamente prevalente, pero las sustancias de elección varían con frecuencia. En aquellas situaciones en las que existen problemas asociados a múltiples sustancias y se cumplen criterios para más de un trastorno relacionado con sustancias (p. ej., dependencia de cocaína, dependencia de alcohol y dependencia de Cannabis), debería realizarse cada diagnóstico por separado”.

## *DISCUSIÓN SOBRE ALGUNOS DE LOS TEMAS COMENTADOS*

### TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS

En el texto al comienzo del tema Trastornos relacionados con sustancias, se indica: “Las sustancias volátiles (p. ej., gasolina, pintura) se clasifican como «inhalantes» si se usan con el propósito de intoxicarse, o

«toxinas» si la exposición a ellas es accidental o fruto de un envenenamiento intencionado”. Estos términos se emplean de forma errónea probablemente debido a problemas en la traducción y quizá en la interpretación de los términos en si mismos.

El término inhalante se utiliza para describir una variedad de sustancias cuya vía de consumo habitual es por inhalación. Un término apropiado tanto para una intoxicación accidental como intencionada es tóxico, no toxina. A continuación se da la definición con la que se deben usar estos términos, si bien en alguna ocasión se les da un sentido mas amplio:

**Tóxico:** Agente químico o físico que puede producir algún efecto nocivo sobre los seres vivos, alterando sus equilibrios dinámicos.

**Xenobiótico:** Cualquier sustancia química que interactúa con un organismo y que no es uno de sus componentes endógenos, ni es necesario para mantener su homeostasis.

**Veneno:** Sinónimo de tóxico. Actualmente sólo se emplea si el agente tóxico fue empleado intencionadamente. También en el caso de toxina animal empleada para autodefensa o depredación y liberada normalmente por picadura o mordedura.

**Toxina:** Sustancia venenosa (ácido orgánico, enzima, péptido, etc) producido por un organismo vivo (bacteria, hongo, vegetal o animal).

**Toxicidad:** Capacidad de un agente químico o físico para producir un efecto adverso al interactuar con un sistema biológico. Es un término relativo y depende de:

La dosis administrada y absorbida.

Vía de administración.

Distribución temporal.

Tipo y gravedad del daño.

Tiempo necesario para inducir el daño.

Naturaleza del organismo afectado.

**Intoxicación:** Procesos patológicos, con signos y síntomas clínicos producidos por una sustancia endógena o exógena. De aquí que intoxicación se entienda un trastorno producido de forma accidental y por envenenamiento la consecuencia de un hecho voluntario, ya sea homicidio o suicidio.

## DEPENDENCIA, ADICCIÓN Y TOLERANCIA

### DEFINICIONES DE DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS, ADICCIÓN Y TOLERANCIA

Diversas organizaciones han definido y redefinido los términos abuso y adicción, la APA denomina dependencia de sustancias, en vez de adic-

ción, al síndrome global de la conducta; Sin embargo en textos clásicos de Farmacología como el *Goodman y Gilman Las bases farmacológicas de la terapéutica* se emplea el término **adicción** para referirse al síndrome de dependencia de sustancias según se define en el DSM-IV.

Desde el punto de vista farmacológico el tratamiento o uso correcto de regímenes prescritos contra el dolor, la ansiedad o la hipertensión, produce tolerancia y **dependencia física**, que son adaptaciones fisiológicas normales por el uso repetido de fármacos y no implican abuso o adicción. La **dependencia** es un efecto como consecuencia de que el organismo intentando mantener su homeostasis (equilibrio fisiológico) se adapta a una determinada sustancia, por lo que se manifiesta en ausencia de la sustancia que lo originó.

La **tolerancia** que se define como una reducción en la reacción a una sustancia después de administraciones repetidas como por ejemplo la **tolerancia farmacocinética** que se refiere a cambios en la distribución, metabolismo y excreción de los fármacos, y la **tolerancia farmacodinámica** que se refiere a cambios adaptativos que ocurren dentro de los sistemas afectados por el fármaco, de modo que se reduce la respuesta a una concentración determinada, como son los cambios en la densidad de receptores, o la eficiencia del receptor para acoplarse a las vías de transducción de señales.

Por tanto desde un punto de vista farmacológico la dependencia es un concepto más básico y reducido, que el concepto del APA, y no es equivalente tampoco al concepto de dependencia fisiológica (o mejor al de "dependencia fisiológica sin dependencia de sustancias", si esta alternativa fuera posible) puesto que esta especificación corresponde, según DSM-IV a la dependencia de sustancias cuando se acompaña de signos de tolerancia o abstinencia, y farmacológicamente el concepto de dependencia es diferente de la tolerancia o la abstinencia. En farmacología se explican según el mecanismo de acción de los fármacos y el mecanismo molecular que resulta modificado.

Este concepto aparece expresado por ejemplo en el DSM-IV-TR en el apartado: Información adicional sobre los trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Diagnóstico diferencial: "Debe señalarse que hay sujetos que continúan tomando benzodiacepinas para indicaciones médicas legítimas y de acuerdo con la prescripción médica durante largos períodos de tiempo. Incluso con dependencia fisiológica de la medicación, muchos de estos sujetos no presentan síntomas que cumplan los criterios para el diagnóstico de dependencia, puesto que no

están preocupados por la obtención de la sustancia y su consumo no interfiere con sus actividades habituales sociales o laborales”.

A continuación se explican los términos de adicción, dependencia y tolerancia según definiciones recogidas por el NIDA (National Institute on Drug Abuse) en diversas publicaciones. Asimismo se incluye la localización anatómica de las áreas implicadas en la adicción, dependencia y tolerancia por su utilidad para comprender estos conceptos.

### *ADICCIÓN*

La adicción es un estado en el que un organismo adopta un comportamiento compulsivo, incluso cuando presenta consecuencias negativas. Este comportamiento es de refuerzo o de recompensa. Un hecho importante en la adicción es la pérdida de control en limitar la ingesta de la sustancia adictiva. La más reciente investigación indica que la vía de recompensa puede ser tan importante en el “craving” (deseo vehemente) asociado con la adicción como en la recompensa en sí misma.

### *LOCALIZACIÓN DE LOS LUGARES DE UNIÓN A OPIÁCEOS EN EL CEREBRO Y EN LA MÉDULA ESPINAL*

La morfina se une a los receptores opioides en las siguientes áreas del cerebro: el cortex cerebral, AVT, núcleo accumbens, tálamo, tronco del encéfalo y médula espinal, estas áreas están implicadas en las vías de la recompensa y del dolor. La unión de la morfina a áreas de la vía del dolor conduce a analgesia.

### *LA VÍA DE LA RECOMPENSA*

En un corte por el centro del encéfalo se puede observar la vía de la recompensa que comprende el área ventral tegmental (AVT), el núcleo accumbens y el cortex prefrontal. El AVT está conectada al núcleo accumbens y al cortex prefrontal y envía información a estas estructuras mediante su vía de neuronas. Las neuronas del AVT contienen al neurotransmisor dopamina que se libera en el núcleo accumbens y en el cortex prefrontal.

### UNIÓN DE LOS OPIÁCEOS A LOS RECEPTORES OPIÁCEOS EN EL ÁREA VENTRAL TEGMENTAL Y EN EL NÚCLEO ACCUMBENS: INCREMENTO EN LA LIBERACIÓN DE DOPAMINA

Tres tipos de neuronas participan en la acción de los opiáceos: una que libera dopamina (neurona dopaminérgica), una terminal vecina que contiene otro neurotransmisor, probablemente GABA (GABAérgica) y la célula postsináptica que contiene un receptor de dopamina. Los opiáceos se unen a los receptores opiáceos de la neurona de GABA e inhiben la liberación de GABA. Las neuronas grandes de esa zona están perfectamente condicionadas por pequeñas neuronas que liberan GABA. Los receptores opioides presinápticos están desplegados en las terminaciones de las neuronas GABA. Cuando la morfina activa estos receptores opioides, se impide la liberación de GABA, lo que atenúa fuertemente la acción del GABA y las neuronas dopaminérgicas que se originan en el área ventral tegmental (VTA) son más activas, liberando más dopamina desde las terminaciones de esas mismas neuronas en el núcleo accumbens. Un efecto similar desinhibitorio de los estupefacientes probablemente explica su acción estimuladora cuando se aplica directamente al núcleo accumbens.

De este modo, la excitación causada por la morfina se debe a la desinhibición, esto es, a la inhibición de la liberación del neurotransmisor inhibitorio GABA. Como cabe esperar, los receptores opioides sobre los que actúa la morfina se activan normalmente por la encefalina, que es liberada desde las neuronas opioidérgicas vecinas (las neuronas que contienen y liberan un péptido opioide) como parte de la regulación de la actividad.

### DEFINICIÓN DE TOLERANCIA

Cuando drogas de abuso como la heroína se usan repetidamente desarrollan tolerancia, y la persona no responde a la droga de la misma forma como lo hacía inicialmente. En otras palabras, es necesario aumentar la dosis de droga para obtener el mismo nivel de respuesta alcanzado inicialmente. Así por ejemplo, en el caso de la heroína o morfina la tolerancia se desarrolla rápidamente a los efectos analgésicos de la droga. El desarrollo de la tolerancia no es adicción, aunque muchas drogas que producen tolerancia también tienen un potencial adictivo. La tolerancia puede ser producida por mecanismos diferentes, en el caso de la heroína o la morfina la tolerancia se desarrolla a nivel de las dianas celulares. Por ejemplo cuando la morfina se une al receptor opiáceo, se produce la inhibición de un enzima (adenilil ciclasa) que provoca algunos cambios en la

célula. Después de repetida activación del receptor opiáceo la enzima se adapta a la morfina, para no producir más cambios. Así el efecto de una dosis dada de morfina se disminuye.

#### *REGIONES DEL CEREBRO QUE MEDIAN EL DESARROLLO DE TOLERANCIA A LA MORFINA*

El desarrollo de tolerancia a los efectos analgésicos de la morfina implica a diferentes áreas del cerebro distintas de las vías de la recompensa: el tálamo y la médula espinal, que son importantes en la emisión de mensajes de dolor y responsables de los efectos analgésicos de la morfina.

#### *DEFINICIÓN DE DEPENDENCIA*

El uso repetido de la heroína provoca la dependencia, que se desarrolla cuando las neuronas se adaptan a la exposición repetida a las drogas y sólo funcionan normalmente en presencia de la misma. Cuando la droga se retira se producen algunas reacciones fisiológicas. Éstas pueden ser de gravedad media (por ejemplo para la cafeína) o incluso comprometer la vida (por ejemplo para el alcohol). Esto se conoce como síndrome de abstinencia. En el caso de la heroína puede ser muy grave y hacer que el usuario utilice la droga otra vez para evitar el mencionado síndrome.

#### *REGIONES DEL CEREBRO IMPLICADAS EN EL DESARROLLO DE LA DEPENDENCIA A LA MORFINA*

El desarrollo de dependencia a la morfina implica áreas específicas del cerebro, diferentes de la vía de la recompensa. En este caso el tálamo y el tronco del encéfalo. Muchos de los síntomas de abstinencia a heroína se generan cuando los receptores opiáceos del tálamo y del tronco del encéfalo son privados de morfina

#### *ADICCIÓN FRENTE A DEPENDENCIA*

El área del cerebro que subyace a la adicción es la vía de recompensa, y a la dependencia el tálamo y el tronco del encéfalo. Así, es posible ser dependiente a la morfina sin ser adicto a ella, aunque si una persona es adicta es muy probable que también sea dependiente. Esto es específicamente cierto para personas que son tratadas crónicamente con morfina por un dolor. Ellos pueden ser dependientes, si se interrumpe la dosificación de la droga, pueden sufrir un síndrome de abstinencia. Pero no son usuarios compulsivos y no son adictos. Finalmente las personas tra-

tadas con morfina en un hospital por un dolor después de una cirugía es improbable que lleguen a ser adictos; aunque pueden sentir euforia, los efectos analgésicos y sedantes predominan, no hay uso compulsivo y la prescripción es durante corto periodo de tiempo.

#### *LA ACCIÓN DE LA COCAÍNA*

La cocaína es también una droga adictiva, y de forma similar a la heroína no todos los usuarios llegan a ser adictos. Sin embargo, con el uso del crack (base libre), el porcentaje de adicción se incrementó considerablemente.

#### *LOCALIZACIÓN DE LOS LUGARES DE UNIÓN DE LA COCAÍNA*

Cuando una persona fuma o inhala cocaína, alcanza todas las áreas del cerebro, pero se une a lugares en algunas áreas específicas: el AVT, el núcleo accumbens y el núcleo caudado. Por tanto la cocaína se une específicamente a áreas de recompensa ya citadas y a áreas como el núcleo caudado que pueden explicar efectos tales como incrementos de comportamientos repetitivos como pasear, morder arañar, etc.

#### *UNIÓN DE LA DOPAMINA A LOS RECEPTORES Y RECAPTACIÓN EN EL NÚCLEO ACCUMBENS: LA ACCIÓN DE LA COCAÍNA*

La cocaína se une a zonas del cerebro ricas en sinapsis dopaminérgicas tales como AVT y núcleo accumbens. En condiciones normales la dopamina se libera en la sinapsis, se une al receptor y es de nuevo recaptada en la terminal. Cuando la cocaína está presente se une a la molécula transportadora y previene entonces la recaptación de dopamina por la terminal. Por tanto hay una mayor cantidad de dopamina en el espacio sináptico, durante más tiempo, activando al receptor. Así, es el mismo efecto que se observó con la morfina, ambas drogas incrementan la dopamina en el espacio sináptico.

#### *DEPENDENCIA DE LA COCAÍNA Y ACTIVACIÓN DE LA VÍA DE LA RECOMPENSA*

Como resultado de la acción de la cocaína en el núcleo accumbens hay un incremento de dopamina que actuará durante más tiempo y por tanto habrá mayor proyección sobre el cortex prefrontal. Esta vía puede ser activada incluso en ausencia de cocaína, por ejemplo durante el "craving". Con el uso repetido de cocaína el cuerpo depende de esta droga para mantener el sentimiento de recompensa. La persona ya no es capaz de sentir el refuerzo positivo o el sentimiento de placer de las recompen-

sas naturales (comida, agua, sexo), la persona sólo es capaz de sentir placer con la cocaína. Así el usuario llega a ser dependiente y cuando la cocaína no está presente surgen la anhedonia y la depresión como partes del síndrome de abstinencia. Para evitarlo el usuario vuelve a la cocaína. A diferencia del ejemplo de la morfina la adicción a la cocaína (craving) y la dependencia (anhedonia) ambos casos implican estructuras de la vía de la recompensa.

#### RESUMEN

Las drogas adictivas activan el sistema de recompensa incrementando la neurotransmisión de dopamina

De forma similar a la heroína y a la cocaína otras drogas como la nicotina y el alcohol activan esta vía, aunque en ocasiones indirectamente. Aunque cada droga tiene un mecanismo de acción diferente, todas incrementan la actividad de la vía de la recompensa por incrementar la transmisión de dopamina.

#### ENZIMAS DE BIOTRANSFORMACIÓN DE FASE I. OXIDACIÓN: ALCOHOL DESHIDROGENASA Y ALDEHIDO DESHIDROGENASA

Dentro del epígrafe: Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo, en los trastornos relacionados con el alcohol el DSM-IV y el DSM-IV-TR refieren la existencia de polimorfismos genéticos y su relación con el consumo de alcohol, estos aspectos se comentan de forma esquemática, por lo a continuación se matiza sobre la biotransformación con objeto de clarificar este proceso.

#### *ALCOHOL DESHIDROGENASA (ADH): ENZIMA RESPONSABLE DE LA CONVERSIÓN DE ALCOHOL A ACETALDEHIDO*

La ADH humana es una proteína dimérica, las dos subunidades pueden ser:  $\alpha$ ,  $\beta_1$ ,  $\beta_2$ ,  $\beta_3$ ,  $\gamma_1$ ,  $\gamma_2$ ,  $\pi$ ,  $\chi$  y  $\sigma$  ó  $\mu$  combinadas como homodímeros. Además  $\alpha$ ,  $\beta$  y  $\gamma$  y sus variantes alélicas pueden formar heterodímeros entre sí. Estas formas moleculares diferentes dan lugar a cuatro clases.

La clase I de ADH es responsable de la oxidación del etanol y de otros alcoholes alifáticos pequeños. Niveles altos de los isoenzimas de clase I están expresados en el hígado y glándulas adrenales, y niveles bajos están presentes en riñón, pulmón, vasos sanguíneos y otros tejidos, pero no en el encéfalo.

La clase IV de ADH es también responsable del metabolismo del etanol, tiene como característica que posee baja afinidad (alta  $K_m$ ) y alta capacidad (alta  $V_{max}$ ). Es el principal enzima expresado en estomago humano y otras áreas del tracto gastrointestinal superior (esófago, encía, boca y lengua). No se expresa en hígado humano adulto.

Los isoenzimas clase I de ADH difieren en su capacidad para oxidar el etanol, existen marcadas diferencias en la afinidad ( $K_m$ ) y/o la capacidad ( $V_{max}$ ) para convertir el etanol en acetaldehído. El homodímero  $\beta_2\beta_2$  y los heterodímeros que contienen al menos una subunidad  $\beta_2$  son especialmente activos en transformar el etanol a pH fisiológico. Por ejemplo la ADH2\*2 es conocida como ADH atípica y es responsable de la inusualmente rápida conversión del etanol en acetaldehído en el 90% de la población asiática (japonesa, china y coreana). La ADH atípica se expresa en menor grado en caucasianos (<5% americanos, ~8% ingleses, ~12% alemanes, ~20% suizos), africanos americanos (<10%), americanos nativos (0%), e indios asiáticos (0%).

Comparado con ADH hepática, la ADH gástrica tiene menor afinidad pero mayor capacidad para oxidar el etanol. Aunque el etanol es biotransformado fundamentalmente por la ADH hepática, la ADH gástrica puede limitar la biodisponibilidad sistémica del alcohol. La eliminación de primer paso del alcohol por la ADH gástrica puede ser significativo dependiendo de la forma en la que el alcohol se consume; grandes dosis en un corto periodo producen elevadas concentraciones de etanol en el estómago, lo que compensa la baja afinidad (alta  $K_m$ ) de ADH gástrica. Las mujeres jóvenes tienen menor actividad ADH gástrica que los hombres y la actividad ADH gástrica tiende a ser más baja en alcohólicos. Algunas mujeres alcohólicas no tienen ADH gástrica detectable, y los niveles de etanol después de un consumo oral de alcohol son los mismos que aquellos que se obtendrían después de una administración intravenosa. La actividad ADH gástrica desciende durante el ayuno, la razón fundamental por la que el alcohol intoxica más cuando se consume con el estomago vacío. Varios fármacos usados habitualmente (cimetidina, ranitidina, aspirina) son inhibidores no competitivos de la ADH gástrica, bajo ciertas circunstancias estos medicamentos aumentan la biodisponibilidad sistémica de alcohol aunque, el efecto es demasiado pequeño para tener consecuencias serias medicas, sociales o legales. Alrededor del 30% de los asiáticos parecen ser genéticamente deficientes en la clase IV de ADH, la principal ADH gástrica.

*ALDEHIDO DESHIDROGENASA (ALDH): ENZIMA RESPONSABLE DE LA CONVERSIÓN DEL A ACETALDEHIDO A ÁCIDO ACÉTICO.*

La ALDH oxida aldehidos a ácidos carboxílicos con NAD<sup>+</sup> como cofactor. Varios ALDH están implicados en la oxidación de aldehidos.

La ALDH2 es una enzima mitocondrial que debido a su alta afinidad es principalmente el responsable de oxidar aldehidos simples como el acetaldehido. Hay un polimorfismo genético bien documentado en humanos para ALDH2. Un alto porcentaje (45 a 55%) de japoneses, chinos, coreanos, taiwaneses son deficientes en la actividad ALDH2 debido a una mutación puntual de un aminoácido. Esta variante alélica inactiva de ADLH2 es conocida como ALDH2\*2, para distinguirla de la activa (enzima silvestre ADLH2\*1). Esta misma población también tiene una alta prevalencia de la forma atípica de ADH, lo que significa que ellos convierten rápidamente el etanol a acetaldehido pero solo convierten lentamente el acetaldehido a ácido acético. Esta población también tiene una prevalencia relativamente alta de una deficiencia en la actividad de la clase IV ADH, por lo que el metabolismo gástrico del etanol está disminuido. Como resultado final muchos sujetos asiáticos experimentan un síndrome ruberizante después de consumir etanol debido a la rápida formación de acetaldehido, lo que dispara la dilatación de los vasos sanguíneos faciales a través de la liberación de catecolaminas.

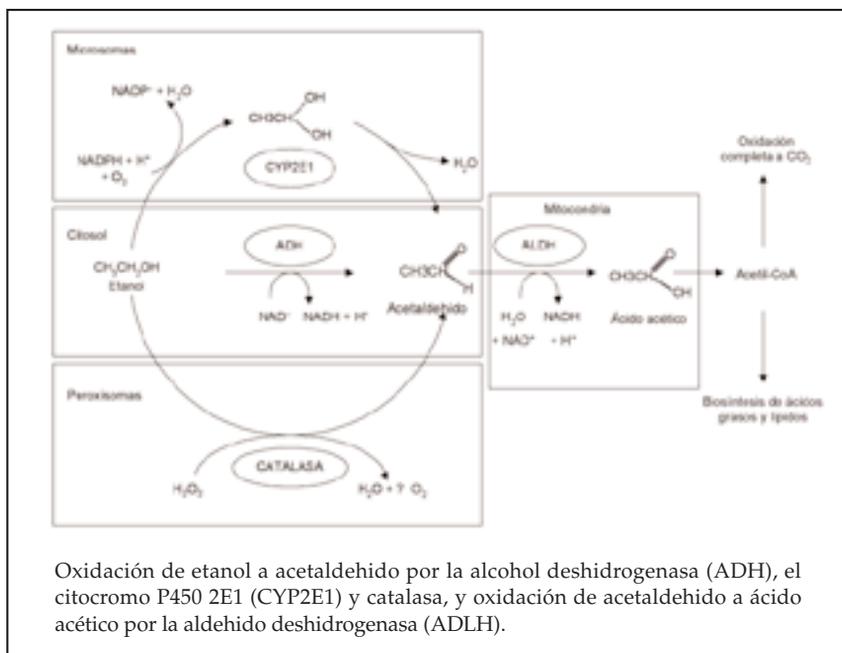
## OTROS ENZIMAS IMPLICADOS: CITOCROMO P450 2E1 Y CATALASA

El etanol puede ser oxidado a aldehído por otras enzimas en microsomas y peroxisomas, si bien su contribución es menos importante cuantitativamente.

El Citocromo P450 2E1 (CYP 2E1) puede metabolizar el etanol a acetaldehído pero su contribución al metabolismo no es más del 10%.

La catalasa puede oxidar no más del 10% del etanol, en función de la cantidad de agua oxigenada presente.

Entre el 2 y el 10% sin metabolizar se elimina por sudor, orina y respiración.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

---

American Psychological Association:

<http://www.apa.org/>

<http://www.psicoactiva.com/dsm4.htm>

<http://www.psicoactiva.com/cie10/cie1.htm>

Casarett and Doull's Toxicology. *The Basic Science of Poisons*. 6 ed. Ed. Klaassen C. D. McGraw-Hill 2001.

Goodman & Gilman. *Las bases farmacológicas de la terapéutica*. 9<sup>a</sup> edición. McGraw-Hill Interamericana. 1996.

*Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. DSM IV. Edit. Masson. Madrid. 1997.

*Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Texto Revisado. DSM IV-TR. Edit. Masson. Barcelona. 2002.

National Institute on Drug Abuse:

<http://www.nida.nih.gov/>

<http://www.drugabuse.gov>

National Institute of Health:

<http://www.nih.gov/>

*Seminars in Neuroscience Strategies for the treatment of opiate abuse*. Academic Press: 9-3/4. 1997.

---

### Correspondencia

María de la Cruz Pellín

División de Toxicología. Universidad Miguel Hernández.

Campus de Elche

Avda del Ferrocarril s/n. 03202 Elche (Alicante)

Telefono: 966658515

Fax: 966658511

e-mail: mc.pellin@umh.es

---

*INVESTIGADORES  
NOVELES*

---

---

A PROPÓSITO DE UN CASO DE MIELINOLISIS  
CENTRAL PONTÍNICA EN MUJER CON  
DEPENDENCIA ALCOHÓLICA

---

\*Carmen Gimeno, β María de la Cruz Pellín, #José M<sup>a</sup> Climent,  
\*\*Inmaculada Camacho, \*\*M<sup>a</sup> José Gimeno, Amparo Rams.  
\*Unidad de Conductas Adictivas, La Vila Joiosa. \*\*Unidad de Conductas  
Adictivas, Denia. βUniversidad Miguel Hernández. Clínica Benidor.  
# Rehabilitación. Hospital General de Alicante.

---

RESUMEN

---

**Introducción:** La mielínolisis de la protuberancia (*Central Pontine Myelolysis*) ha sido descrita clásicamente en pacientes alcohólicos o malnutridos con hiponatremia intensa que ha sido rápidamente corregida. La hiponatremia, por sí misma, es capaz de producir un encefalopatía global, con edema, herniación cerebral e hipoxia. Sin embargo, la mielónilisis central protuberancial, una desmilitinización de carácter focal, se ha relacionado más con la sobrecorrección de la hiponatremia, con la hipoxia crebrebral y con el alcoholismo crónico.

**Observación Clínica:** Mujer de 29 años que presenta un cuadro de dificultad para la marcha con caídas repetidas, en el contexto de alcoholismo crónico y malnutrición. Al ingreso hospitalario presenta una natremia de 113 y una kaliemia de 2.6 que se trata mediante reposición hídrica urgente. El examen clínico muestra debilidad global con predominio en extremidades izquierdas. Los reflejos osteotendinosos están aumentados. La RMN inicial mostró lesión protuberancial central, de contornos precisos, sin efecto masa, que no captaba el contraste, compatible con el diagnóstico de mielónilisis central de la protuberancia.

La RMN de control, realizada a los seis meses del inicio de los síntomas, mostraba una disminución significativa del área lesional.

**Discusión:** La lesión desmielinizante central protuberancial se describió clásicamente en el contexto del alcoholismo crónico. Posteriormente se implicaron los trastornos hidroelectrolíticos en su génesis. Se ha sugerido que la mielinolisis se debe a una combinación de la corrección de la hiponatremia mayor de 25 mmol en 48 horas, hipoxia cerebral y alcoholismo crónico. Se creía generalmente que la evolución era fatal. De hecho, los primeros casos fueron descritos en la sala de necropsias. Las mejoras tecnológicas en la neuroimagen han permitido conocer mejor la entidad y realizar un diagnóstico más precoz y un tratamiento más eficaz. Nuestra paciente mostró una rápida recuperación de la función motora hasta alcanzar la restitución a la integridad, sin secuela alguna, desde su inicial situación de incapacidad absoluta para la marcha.

**Palabras claves:** mielinolisis central de la protuberancia. Alcoholismo.

## INTRODUCCIÓN

---

La mielinolisis central de la protuberancia (*Central Pontine Myelolysis, CPM*) o más recientemente denominada mielinolisis osmótica, ha sido descrita clásicamente en pacientes alcohólicos crónicos (Bridgeford, 2000; McHam, 2002). Se produce en determinadas condiciones metabólicas, especialmente en el caso de hiponatremia de larga evolución, rápidamente corregida, en pacientes con deficiencia nutricional grave (Bernsen y Prick 1999). También se ha descrito en la insuficiencia renal, en transplantados renales y hepáticos, en grandes quemados, en un caso de anorexia nerviosa (Lilje, 2002), así como en situaciones menos frecuentes como síndrome paraneoplásico, hipereosinofilia idiopática y coagulación intravascular (Ure 1999). También se han descrito asociado a otros procesos más comunes en el alcoholismo crónico como la encefalopatía de Wernicke, o en cambios pelagrosos e incluso con enfermedad de Marchiafava-Bignami.

La asociación entre daño cerebral e hiponatremia se conoce desde 1935. Por sí misma, es capaz de producir una encefalopatía global, con edema, herniación cerebral e hipoxia con daño cerebral permanente (Tien, 1992). Se han propuesto diversos mecanismos patogénicos que podrían conducir a la lesión neurológica. En primer lugar, la hiponatremia produciría un edema cerebral con incremento de la presión intracraneal, y lesión consecuyente. En segundo lugar, la sobrecorrección de la hiponatremia, junto con la hipoxia cerebral y el alcoholismo crónico favorecerían la apa-

rición de lesiones locales como la mielinólisis central de la protuberancia. El mecanismo fisiopatológico fundamental estaría, en consecuencia, relacionado con cambios osmóticos bruscos en el sistema nervioso central.

El concepto de mielinólisis osmótica fue formulado por Adams en 1959 en 4 enfermos con malnutrición severa, tres de ellos alcohólicos crónicos. Suele manifestarse en forma aguda con alteraciones de la conciencia, incontinencia urinaria, trastornos del equilibrio, tetraparesia y síndrome pseudobulbar, caracterizado por inmovilidad de la lengua, disartria, trastornos deglutorios, y en ocasiones risa y/o llanto espasmódico. La lesión patológica característica de la afección es una desmielinización simétrica de la base pontina con proliferación astrocitaria, centrífuga desde el rafe medio, que compromete a las fibras transversales respetando a las longitudinales ventrolaterales, a las neuronas y a los vasos sanguíneos. En los casos más graves la lesión puede cavitarse y extenderse hacia el mesencéfalo. Se han informado casos con desmielinización extrapontina en sitios tales como el cuerpo estriado, el tálamo, el núcleo geniculado lateral, la sustancia blanca del cerebelo o subcortical.

En caso de haber desmielinización extrapontina, puede preceder a la pontina, y resolverse favorablemente (con desaparición de la imagen patológica en la RMN) aún cuando persistiera la imagen patológica en la protuberancia. La TAC cerebral puede ser normal o mostrar una imagen hipodensa en la protuberancia (Ure, 1999).

La dependencia alcohólica de larga evolución puede producir numerosas lesiones a nivel del sistema nervioso, bien por neurotoxicidad propia del alcohol bien por la asociación de déficits de nutrientes que ocasionan el daño.

Las anomalías más conocidas son la demencia alcohólica (atrofia cortical), la polineuropatía alcohólica (desmielinización de los nervios periféricos de predominio distal), el síndrome de Wernicke-Korsakoff (lesión de los cuerpos mamilares y en los casos más severos hay también lesiones en estructuras cercanas a las paredes del tercer ventrículo, hipotálamo, región periventricular del tálamo, sustancia gris periacueductal, suelo del cuarto ventrículo) y la enfermedad de Marchiafava-Bignami (desmielinización central del cuerpo calloso). La demencia alcohólica es, de hecho, una de las primeras causas de demencia reversibles que se observa en la clínica.

El diagnóstico clínico es difícil, pero su sospecha puede corroborarse con técnicas de radiodiagnóstico, aunque las lesiones pueden pasar inadvertidas inicialmente (Playas; 2002).

Neuropatológicamente, la lesión típica consiste en una zona triangular o romboidal descolorida en la porción central de la base de la protuberancia, desmielinizada y parcialmente necrótica que puede incluso estar cavitada.

Su tamaño varía de lesiones mínimas, detectables sólo en cortes histológicos, a lesiones extensas que afectan casi toda la superficie de corte transversal de la base del puente. Generalmente, queda intacto al menos un fino ribete mielínico en los bordes laterales y anterior de la protuberancia. Ocasionalmente las lesiones son bífidas, en alas de mariposa, por afectación de las porciones laterales, preservando la línea media del puente. La desmielinización suele ser máxima en las porciones medial y rostral de la protuberancia, con extensión variable al tegmento y, raras veces, en sentido rostral hacia el mesencéfalo. Caudalmente la desmielinización suele detenerse en la unión bulboprotuberancial. Sólo raras veces se afecta el bulbo raquídeo.

Microscópicamente, la lesión corresponde a una zona bien delimitada de desmielinización con preservación de los axones y de los cuerpos neuronales dentro del área afectada lo que distingue este proceso de un infarto. En las fases iniciales hay numerosos macrófagos espumosos pero escaso o nulo infiltrado inflamatorio perivascular. Los oligodendrocitos están muy reducidos en número o incluso faltan. Ocasionalmente, en el centro de las lesiones más severas se produce necrosis y cavitación, pero incluso entonces, en la zona periférica se reconocen neuronas conservadas. Alrededor de las lesiones se pueden encontrar axones fragmentados y formación de hinchazones argirófilas procedentes de los mismos. Las fibras más afectadas son las pontocerebelosas transversas, seguidas de las vías largas rostrocaudales. Inmunohistoquímicamente se ha descrito en las fases iniciales una disminución de la tinción para proteínas gliofibrilar ácida y en las lesiones antiguas se refiere una distrofia astroglial (Martínez y Rábano 2002).

Presentamos un caso clínico de mielinolisis pontina en una paciente alcohólica crónica, con déficits nutricionales seguida durante seis meses y restitución funcional ad integrum.

**Observación Clínica:** Mujer de 29 años que presenta un cuadro de dependencia alcohólica de 10 años de evolución. Antecedentes familiares de dependencia alcohólica. Bebedora de más de 60 g/día de alcohol, acude para tratamiento de un síndrome de abstinencia alcohólica grave, con crisis comiciales.

**1<sup>er</sup> ingreso.** Se realiza en digestología por alteración hidroelectrolítica

con vómitos matutinos de meses de evolución. Interrupción de la ingesta de alcohol. Desde hacía meses presentaba dificultad para caminar, con debilidad y ligera ataxia que llegan a provocar caídas repetidas. A la exploración física se observa ictericia conjuntival, pérdida de masa muscular, no estigmas de hepatopatía crónica, absceso maxilar superior. Auscultación cardio-respiratoria normal. Abdomen sin visceromegalia ni ascitis, no presencia de edemas en miembros inferiores. Analítica al ingreso: Na 113, K 2.6, CL 63. Analítica al alta: Na 134, K 4.3, Br total 2.5, GOT 167, GPT 61, fosfatasas alcalinas 301, GGT 333, Leucocitos 5100, Hb 8.7, VCM 101, plaquetas 333000, SVG 66, proteínas totales 6.2, albumina 3.1, TSH 1.13. RPR negativo, VIH negativo. Se instaura tratamiento antibiótico y reposición hidroelectrolítica, presentando a los pocos días del ingreso edemas ligeros en extremidades por lo que se le administra albúmina. Es dada de alta con el diagnóstico de dependencia alcoholica, hepatopatía etílica recibiendo tratamiento con clometiazol y vitaminoterapia.

2º ingreso: El mismo día del alta, tras llegar a su domicilio, se la encuentra ausente durante varias horas, presentando pérdida de conciencia, con babeo, muecas faciales, sin relajación de esfínteres, ni mordedura de lengua llegando al hospital estuporosa y con crisis tónico-clónicas que se yugula con diacepam.

Exploración: a las 24 horas consciente, amnesia de lo sucedido, no focalidad neurológica. Exploraciones complementarias: Analítica: Leucocitos 9650, Hbg 8.1, Htc. 26.0, VCM 110, plaquetas 490.000, Glucemia 83, Urea 17, Creatinina 0.5, Na 137, K, 3.5, Calcio 9.4, CK16, GOT 44, GPT 30, GGT 216. Rx de tórax normal TAC cerebral: discreta atrofia de vermis cerebeloso. Diagnóstico de alta síndrome de abstinencia complicado con crisis comicial.

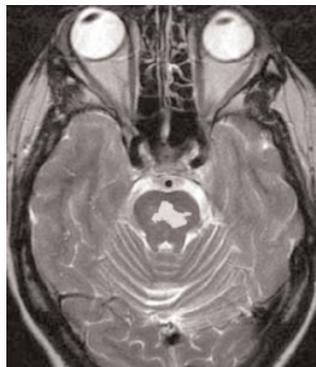
3º ingreso. Tras 13 días del alta es nuevamente remitida a neurología por presentar hemiparesia izquierda, de 12 horas de evolución, con bradipsiquia, marcha inestable con caídas frecuentes, dificultades en el habla de tipo disártrico, sin disfga, no cefaleas ni alteración del nivel de conciencia ni vómitos.

Exploración física: funciones superiores conservadas, hemiparesia izquierda de predominio crural y marcha inestable. Los reflejos osteotendinosos estaban aumentados.

RMN: Se realiza estudio craneal con bobina en cuadratura, se practica estudio en tres planos del espacio, secuencias de pulso en T1, DP y T2, se administra contraste endovenoso, gadolinio (Gd-DTPA), 15 ml.



**Figura 1.** Lesión central protuberencial desmielinizante. Fase inicial.



**Figura 2.** Lesión central protuberencial desmielinizante. Control a los seis meses.

Se informó lesión central en la protuberancia, de contornos bastante precisos hiperintensa en las secuencias T2, sin efecto masa, que no captaba el contraste, compatible con el diagnóstico de mielonilisis central de la protuberancia versus. lesión isquémica en territorio vertebrobasilar (Figura 1).

Tras el alta, la paciente se encontraba con fatiga, llanto fácil, trastorno en el estado de ánimo, labilidad emocional, tristeza, se realizó estudio de personalidad con el Módulo del DSM-IV del IPDE, obteniéndose puntuaciones elevadas en el trastorno de personalidad límite, narcisista y por dependencia. La valoración de calidad de vida relacionada con la salud con la versión española del Nottingham (PSN) (Alonso; 1990) obtuvo una puntuación directa de 28. Al mes se realizó exploración neuropsicológica con el Protocolo Estandarizado de Exploración Neuropsicológica (PIEN) (Peña 1991) no mostrando signos de deterioro cognitivo.

Se realizó tratamiento farmacológico con vitaminoterapia B, abstinencia de consumo de bebidas alcohólicas con apoyo de disuasivos alcohólicos (disulfiran), e inhibidores de la recaptación de la serotonina (citalopram). Se realizó un programa de rehabilitación física.

La paciente mejoró rápidamente y al mes ya caminaba sin dificultades. Al tercer mes realizaba sus actividades normales sin limitaciones.

La RMN de control, realizada a los seis meses del inicio de los síntomas, mostraba una disminución significativa del área lesional (Figura 2).

Durante el seguimiento se mantuvo la abstinencia del consumo de bebidas alcohólicas. El retets del Modulo del IPDE para el diagnóstico de trastornos de personalidad se oriento más claramente hacia una estructura de personalidad límite y por dependencia. La puntuación directa en el cuestionario de calidad de vida de Nottingham disminuyó a tres puntos.

### Discusión:

La paciente cumple los criterios clínico de mielinolisis central pontinica definidos por el inicio agudo o subagudo el déficit motor o sensitivo que en esta ocasión es de predominio izquierdo, ausencia de compresión medular y progresión máxima dentro de 4 semanas y no presencia de enfermedades infecciosas como sífilis o infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana .

En cuanto a la fisiopatología existe un problema de dependencia alcohólica de más de 12 años de evolución, en proceso de síndrome de abstinencia, cumple criterios diagnósticos de DSM-IV con interrupción de la ingesta alcohólica y presencia de vómitos y crisis convulsivas. Existe una disminución de la natremia y reposición hídrica con normalización de los niveles de sodio al alta del primer ingreso hospitalario, así como estado de carencia nutricional puesto de manifiesto por la pérdida de masa corporal así como hepatopatía probablemente de etiología alcohólica.

Se ha sugerido que la mielinolisis se debe a una combinación de la corrección de la hiponatremia entre 15- 25 mmol en 48 horas, hipoxia cerebral y alcoholismo crónico (Tien, 1992). Sin embargo hay casos recientes que cuestionan este mecanismo y se han propuesto otras hipótesis como la hipofosfatemia. No se conoce el por qué de la afectación preferentemente pontínica de la desmielinización. Se atribuye a edema en áreas donde se interpone la sustancia gris entre bandas de fibras mielínicas longitudinales y transversales, en las que una mayor proporción de células oligodendrogiales se encuentran en estrecha proximidad a la sustancia gris más vascularizada. El edema ocurriría por aumento de la permeabilidad de la barrera hemato-encefálica por lesión osmótica del endotelio (Martínez y Rábano 2002).

El diagnóstico en general es de gran dificultad clínica, (Silbert 1992; Rouanet 1994), el antecedente de la hiponatremia y su corrección ulterior orientan en este caso a pensar en la mielinolisis centropontina, debiéndose recordar que las imágenes por RMN en T2 son mucho más contributivas para el diagnóstico. La RSM es superior a la Tomografía Axial computerizada (TAC) en la detección de las lesiones (Chua, 2002). El

diagnóstico se realiza por medio de la RNM siendo las imágenes típicas zonas hipointensas en T1 e hiperintensas en T2 de la sustancia blanca de la protuberancia .

La RMN puede permanecer alterada hasta mucho tiempo después de superado el cuadro clínico, en los casos con evolución favorable (Ure, 1999). En nuestra paciente a los seis meses al realizar la RNM de control existía una disminución pero persistían zonas de alteración de la señal (Figura 2). En cuanto a la interpretación de la típica imagen pontina se plantea el diagnóstico diferencial múltiples lesiones, porque semiológicamente es inespecífica. Se debe considerar el diagnóstico diferencial con: infarto, glioma, metástasis, inflamación post radio o postquimioterapia, encefalitis, encefalopatía, esclerosis multiple, encefalomiелitis aguda diseminada y adrenoleucodistrofia, no obstante, las más frecuentes que deben considerarse son lesiones isquémicas o desmielinizantes de cualquier causa.

Se creía generalmente que la evolución era fatal. De hecho, los primeros casos fueron descritos en la sala de necropsias. Las mejoras tecnológicas en la neuroimagen con la TAC y la RNM han permitido conocer mejor la entidad y realizar un diagnóstico más precoz y un tratamiento más eficaz con recuperación completa (Martínez y Rábano 2002).

La supervivencia según la literatura sólo alcanza un 5 a 10% a los 6 meses, pudiendo quedar los supervivientes con secuelas neurológicas como por ejemplo, temblor, distonía, ataxia o demencia. El seguimiento de estos pacientes es fundamentalmente clínico.

Al final nuestra paciente mostró una rápida recuperación de la función motora , tras tratamiento de rehabilitación de 3-6 meses, hasta alcanzar la restitución a la integridad, sin secuela alguna, desde su inicial situación de incapacidad absoluta para la marcha.

Con respecto al tratamiento se ha descrito muy poco; existen casos con una resolución espontánea y secundaria a intervención terapéutica como la realización de plasmaféresis; llama la atención que en pacientes con manifestaciones extrapiramidales haya una excelente respuesta a la administración de agentes dopaminérgicos. Existe en la literatura descrito tratamiento con metilfenidato en un pacientes con mielinolisis bies-triatal y pontinica con síntomas neuropsiquiátricos (Bridgenford 2000). También se ha utilizado la clozapina en un paciente no esquizofrénico con polidipsia psicógena y mielinolisis central pontinica (Mauri 2002).

En nuestra paciente el tratamiento se oriento en varios aspectos: reposición hidroelectrolítica, vitaminoterapia, con respecto a la dependencia

alcohólica y los trastornos de personalidad se la incorpora en programa de tratamiento ambulatorio orientado a la abstinencia con tratamiento farmacológico con disuasivos alcohólicos y ISRS y psicoterapia individual y grupal y con respecto a los déficits funcionales se realizó programa de rehabilitación física, produciéndose una rápida mejoría.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Adams RD, Victor M, Mancall (1959) EL. *Central pontine myelinolysis: a hitherto undescribed disease occurring in alcoholic and malnourished patients*. Arch Neurol Psychiat 81:154-172.
- Alonso J; Antó JM; Moreno C (1990) . *Spanish version of Nottingham Health Profile: traslation and preliminary validity*. Am J Public Health, 80: 704-708.
- Bernsen HJ; Prick MJ (1999) *Improvement of central pontine myelinolysis as demonstrated by repeated magnetic resonance imaging in a patient without evidence of hyponatremia*. Acta Neurol Belg 99: 189-93.
- Bridgford D; Arciniegas DB; Batkis M; Sandberg E; Beresford TP. (2000) *Methyphenidate treatment of neuropsychiatric symptoms of central and extrapontine myelinolysis*. J Stud Alcohol 61, 657-60.
- Chua GC; Sitoh YY; Lim CC; Chua HC; Ng PY. (2002) *MRI finding in osmotic myelinolysis*. Clin radiol 57 ,(9): 800-806.
- DSM-IV (1995) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Ed Masson.
- Lilje CG; Heinen F; Laubenberg J; Krug I; Brandis M. (2002) *Bening course of central pontine myelinolysis with anorexia nervosa* 27 (2): 132-5.
- Martínez A; Rábano A (2002) *Efectos del alcohol etílico sobre el sistema nervioso*. Rev. Esp. Patol 35 (1): 63-76.
- Mauri MC; Volonteri LS; Fiorentini A; Dieci M; Righini A; Vita A. (2002) *Efficacy of clozapine in a non-schizophrenic patient with psychogenic polydipsia and central pontine myelinolysis* .Hum Psychopharmacol 17: (5) 253-5.
- McHam SA; Hull AL (2002). *A 47- year-old alcoholic man with progressive abnormal gait*. Cleve Clin J Med 69: 11, 904-908.
- Organización Mundial de la Salud. *Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE)*. Módulo DSM-IV. Madrid: Meditor, 1996.
- Peña Casanova J (1991) *Protocolo estandarizado de exploración neuropsicológica*. PIEN. Test Barcelona. Ed. Masson Barcelona.
- Playas G, López M1, Ramos R, Espinoza C, Carrillo P. (2002) *Síndrome de Desmielinización Osmótica. Reporte de un caso*. Rev Mex Neuroci 2002; 3(3): 169-171
- Rouanet F, Tison F, Dousset V, et al. (1994) *Early T2 hypointense signal abnormality preceding clinical manifestations of central pontine myelinolysis*. Neurology 44:979-980.

- Silbert PL, Knezevic WV, Peake HI, Khangure M. (1992). *Behavioural changes due to pontine.*
- Tien R; Arieff AI; Kucharczyk W; Wasik A; Kucharczyk J (1992) *Hyponatremic Encephalopathy: is Central Pontine Myelinolysis a component?*. Am. J. Med. 92 513-522.
- Ure J.A, Diez M.V., Videla H.O., Ollari J.A, Zajic S. (1999). *Myelinolisis central pontinica y extrapontinica.* Rev. Neurol. Arg. 24 (1) 49-51.

---

*FORO  
POLÍTICO*

---

## DERECHOS SOCIALES Y DROGODEPENDENCIAS

---

**Juan Carlos Martín Araújo**

*Secretario Técnico de Drogodependencias. Consejería de Sanidad y Consumo.  
Junta de Extremadura*

“...siempre hay una discrepancia entre el propósito de asegurar el fluido funcionamiento de la sociedad y el de promover el desarrollo pleno del individuo...”

(E. Fromm: “El miedo a la libertad”, Paidós, 1987)

Aún recuerdo su nombre y ya hace casi 10 años. No hacía mucho que había comenzado a trabajar con drogodependientes y todavía estaba en una fase que podíamos llamar de ilusión poco operativa. Con cada paciente quería convertirme en su salvador y no dejaba cabo suelto. Trabajaba con la familia, con sus amigos, con el paciente... Discutíamos cada caso en sesiones clínicas interminables donde defendía con vehemencia posturas, que vistas con los años, eran cuando menos ingenuas. Llevaba una década consumiendo heroína por vía inhalada y había sido capaz, por primera vez, de mantener abstinencia al menos 15 días. No cabía de júbilo... el terapeuta. Su evolución, al cabo de unas semanas, seguía siendo favorable, o al menos eso creíamos la máquina de los controles de orina y yo. En una de las revisiones, mantuvimos un dialogo parecido al que transcribo:

- ¿Cómo estás?, te veo estupendo, ya llevas más de dos meses sin consumir —el terapeuta refulgente—.
- Sí, es verdad llevo sin consumir ese tiempo pero... no estoy bien, me encuentro triste, sin ilusión, en mi pueblo no me llaman ni para las garnachas de temporada, no puedo seguir así... —el paciente cabizbajo—.
- Pero si ahora es cuando empiezas a poder hacer planes, sin consumir puedes rehacer tu vida, y planificar tu futuro —el terapeuta complaciente—.

- El futuro..., ese es el problema... el futuro. No lo tengo. Con más de 30 años, habiendo vivido siempre en mi pueblo donde todos me quieren mal, y no se lo reprocho. Sin saber hacer más cosas que recoger aceitunas e ir a sarmientos. ¿Tu crees —y pronunció mi nombre— que yo tengo futuro?

No supe qué decir. Al menos sé que no dije nada coherente o que sirviera para cambiar su parecer. A partir de aquel momento comencé a entender mejor la intervención en drogodependencias, y ser verdaderamente consciente de su dificultad.

En las dos últimas décadas el avance en la intervención en drogodependencias ha sido notable. Si, con fines sintéticos, dividimos el trabajo en drogodependencias en los tres ámbitos clásicos: asistencia, prevención y reincorporación, el progreso no ha sido uniforme.

A nivel asistencial partíamos de la nada, o casi. Desde esos inicios hasta los recursos asistenciales que existen en la actualidad en todas las Comunidades españolas, hay un largo trecho. Encontramos una oferta notable de programas terapéuticos y ya se está trabajando con criterios de intervención basados en hechos. Los programas de reducción de daño, sin olvidar la controversia inicial, están ampliamente implantados y ya nadie los cuestiona. La investigación clínica y farmacológica también ha sufrido un avance significativo. Partimos de una casi inexistente documentación (desde luego en castellano) y nos encontramos con una amplia oferta de trabajos científicos con fácil acceso gracias a las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. No debemos olvidar un hecho de gran trascendencia: la incorporación de los recursos de atención al drogodependiente en los sistemas públicos sanitarios, como ha ocurrido en nuestra Comunidad tras el proceso transferencial. Es una forma más de normalizar una situación que vuelve al lugar donde siempre debió permanecer.

La prevención es otro cantar (¡Si Lalonde levantara la cabeza y echara un vistazo a esto de las drogas!). Aun transcurridos casi 20 años trabajando en prevención (dentro o fuera de la educación para la salud, específica o inespecífica, universal, indicada, etc.) y llenándonos la boca con esos ámbitos etéreos de intervención tan repetidos (escolar, familiar, comunitario, laboral), la realidad nos indica que hasta hace poco no existían programas metodológicamente adecuados y evaluables (o si existían, se aplicaban a grupos de población reducidos). Sin embargo, me siento optimista en esta área y confío que los buenos programas que ya existen se extiendan con rapidez a toda la población. En esta línea

están trabajando todas las Comunidades, y desde luego para la nuestra es un objetivo prioritario.

Pero donde me muestro realmente pesimista, sin desdeñar todo el esfuerzo realizado, es en la reincorporación social y laboral. Permitidme que separe esa palabreja *sociolaboral*. Y lo hago con intención. Todos los esfuerzos realizados desde la administración y el movimiento asociativo se han encaminado a una discriminación positiva en el ámbito laboral, y a intentar una normalización y aceptación de los exdrogodependientes. Pero me temo que con más éxito la incorporación laboral que la social. Y se me ocurre una explicación que nos puede ayudar en el futuro de nuestra actuación. Para conseguir que uno de nuestros pacientes encuentre un empleo tras su deshabituación, sin duda, son importantes las medidas de discriminación positivas propiciadas por las entidades que trabajan en drogodependencias; Administración y asociaciones han ido juntas en la creación de pisos tutelados, programas laborales de reincorporación o apoyo a iniciativas europeas, y este esfuerzo, ha dado sus frutos. Pero hay una labor que no sólo es nuestra, sino que atañe a toda la sociedad, y ahí creo que no hemos conseguido los objetivos propuestos. Si una persona ha consumido drogas, ha tenido un trastorno de salud mental, o cualquier otra situación que le ha impedido partir desde la misma línea de salida que el resto, la sociedad en su conjunto debe hacer el esfuerzo de aceptarlos y darles de nuevo una oportunidad. Porque, no lo olvidemos, son una parte de la sociedad con iguales derechos que el resto de las personas que la constituyen. Pero estamos hablando de valores, y cambiarlos no es fácil. En una encuesta realizada entre trabajadores de la construcción en un curso de prevención de riesgos laborales, se les proponía que puntuaran la posibilidad de accidente que aparecía en tres fotografías idénticas, salvo en el protagonista de la historia: un varón joven, uno de mediana edad y una mujer. Creo que habrán adivinado cuál consideraron la situación de más riesgo.

Para concluir quiero transmitirles mi preocupación por la congelación del gasto público y social que propugna nuestro Gobierno. Si lo observamos desde una perspectiva general no hay duda de que genera un deterioro de la cohesión social. Pero si bajamos a nuestra área de intervención comporta tintes dramáticos. No es cierto que políticas expansivas del gasto público nos excluyan de una economía competitiva. Y tampoco lo es que un aumento del déficit público genere obligatoriamente unos intereses más altos y mayor desempleo. Existen países del norte de Europa como Suecia, Noruega, Dinamarca o Finlandia, que han basado su des-

arrollo en unas políticas de mayor gasto público y social, y nadie cuestiona su grado de desarrollo económico y cobertura del Estado de bienestar.<sup>1</sup>

Por último insistir en el esfuerzo que debemos realizar en la reincorporación de nuestros pacientes. Deben volver a convivir con su gente y a trabajar como el resto de sus conciudadanos. No estamos hablando de dádivas graciosas, hablamos de derechos avalados por nuestra Constitución.

<sup>1</sup> Les animo a que revisen el estudio realizado por los profesores Huber y Stephens sobre la eficiencia económica de los países de la OCDE durante el período 1960-1990 (*en Comparative Political Studies*).

---

## RECENSIONES DE LIBROS

---

TÍTULO:

### **Quadern de treball per a la família PREVENCIÓ, FAMÍLIA I ADDICCIONS**

DIRECCIÓN Y COORDINACIÓN:

**Ángel Valles Lorente**

AUTORES:

**Ángel Valles Lorente**

**Antoni Belda Mas**

**Ignasi Fayos Pérez**

EDITA:

**MANCOMUNITAT DE LA RIBERA ALTA**

80 páginas

Sin duda alguna, la educación de los hijos es una tarea compleja que requiere una gran responsabilidad y esfuerzo. Los padres deben ser conscientes del papel tan importante que juega la educación en la prevención del consumo de drogas. Es en el seno del propio núcleo familiar donde mejor se puede actuar como agente de prevención, transmitiendo a los hijos un estilo de vida saludable, educándoles en valores y actitudes que les ayudarán a afrontar con éxito las situaciones de riesgo. No hemos de olvidar que los padres son los principales modelos de conducta.

Para lograr desempeñar una buena labor preventiva es imprescindible que los padres tengan información, que les permita comunicarse con sus hijos utilizando un mismo "*lenguaje*", haciendo posible un diálogo productivo y positivo.

En este contexto de la prevención de drogodependencias en el ámbito familiar, la Mancomunitat de la Ribera Alta ha editado el cuaderno de trabajo para la familia "*Prevenió, Família i Addiccions*".

Este cuaderno contiene seis capítulos básicamente teóricos que se caracterizan por seguir, todos ellos, una misma estructura. Al inicio de cada capítulo encontramos una introducción al tema que consiste en el relato de una historia real, sobre la cual posteriormente se plantean algunas cuestiones que invitan a la reflexión personal. Este apartado se identifica con el título *Parlem de...* A continuación nos encontramos con un punto de contenidos teóricos, en el que se exponen de forma clara y sencilla los conceptos básicos del tema y para finalizar se presentan una serie de ejercicios de consolidación, que se podrán corregir en el capítulo siete donde aparecen todos los ejercicios resueltos.

Los tres primeros capítulos se centran básicamente en trabajar a nivel conceptual el tema de las drogas. En el primero se define qué es droga y los efectos de ésta y se abordan los principales conceptos asociados al consumo, en el siguiente capítulo se exponen los distintos tipos de clasificación de drogas, según su legalidad, el grado de peligrosidad y sus efectos sobre el Sistema Nervioso Central y, por último, en el tercero se analizan las características de las conductas adictivas.

Los dos capítulos siguientes abordan cuestiones más concretas, como son el tema del alcohol y el éxtasis. En el capítulo cuatro, se analizan detalladamente las consecuencias del consumo de alcohol a nivel físico, psicológico y socioeconómico, así como se reflexiona sobre los distintos mitos que existen alrededor de esta sustancia, de modo que al final del tema se llega a concluir que el alcohol, sin duda, es una droga más. El siguiente capítulo, lo destinan al *MDMA* o "*éxtasis*" ya que se trata de una de las drogas de síntesis más popular, a la que más publicidad se le ha dado en los últimos años y por lo tanto, la que mayor preocupación causa a los padres, por ello en este punto se explican los efectos más conocidos de esta sustancia.

Hasta el momento únicamente se ha proporcionado información teórica sobre el tema de las drogas, pero a partir del capítulo sexto van a trabajar para aprender a comunicarse con sus hijos y poder desarrollar su tarea como agentes preventivos. Para ello los padres han de conocer cómo manejar la información adquirida, es decir, ellos deben saber cuándo darla, qué tipo de información dar, cómo tienen que hacerlo, quién ha de darla, qué tipo de comunicación es la más apropiada y, sobre todo, es importante que conozcan las estrategias que han de potenciar en sus

hijos para que éstos puedan afrontar con éxito las situaciones de riesgo de consumo. Todos estos puntos se analizan en el capítulo *Parlar amb els fills de drogues*, que pretende ser un espacio de reflexión en el que se pasa de la teoría a la práctica.

El cuaderno incluye también un capítulo en el que recomienda bibliografía para aquellos padres interesados en ampliar este material e informa de recursos públicos especializados en materia de prevención, tratamiento y asesoramiento en drogodependencias a los que poder acudir.

En definitiva, se trata de un material que pretende dar respuesta y adoptar las medidas adecuadas para la prevención de las drogodependencias, promocionando una cultura saludable a través de la propia familia.

M<sup>a</sup> Carmen Soliveres Tomás  
*Instituto de Investigación de  
Drogodependencias (INID)*

---

## RECENSIONES DE LIBROS

---

TÍTULO:

**HIJOS Y PADRES: COMUNICACIÓN Y CONFLICTOS**

AUTORES:

**Eusebio Megías Valenzuela (Coordinador)**

**Javier Elzo Imaz**

**Ignacio Megías Quirós**

**Susana Méndez Gago**

**Francisco José Navarro Botella**

**Elena Rodríguez San Julián**

EDITA:

**FAD 2002**

343 páginas

La familia constituye uno de los principales pilares en el proceso de socialización de los jóvenes. Los padres ejercen una importante labor como agentes transmisores de valores y estilos de vida, facilitan la construcción de la propia identidad personal de sus hijos. Es por ello que su participación la consideramos imprescindible en la prevención del consumo de drogas, pues la familia resulta un contexto fundamental a la hora de implantar estrategias de prevención.

Este manual describe un estudio realizado conjuntamente por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Se trata de una investigación en la que se analiza la estructura de las familias españolas en la actualidad. Para llevar a cabo este análisis se han elaborado dos cuestionarios; uno para los hijos/as de 14 a 20 años y el otro para los padres/madres. Éstos

evalúan una serie de variables referentes al ámbito familiar y nos permiten obtener información relevante acerca de las diferentes percepciones y opiniones que mantiene cada uno de los grupos y las similitudes y diferencias que existen entre sus respuestas.

A lo largo de los doce capítulos que contempla este libro se describe el proceso de análisis que se ha seguido y se abordan las respuestas que dan padres e hijos a cada una de las cuestiones evaluadas.

El primer capítulo nos introduce en la función social de la familia, su evolución histórica, los sistemas de relación, la estructura y organización familiar, el proceso de socialización y la relación intrafamiliar.

El segundo incluye los aspectos metodológicos de la investigación; por un lado cuantitativa; se describe la población y la muestra representativa a la que se ha realizado la encuesta y sus características sociodemográficas y por otra parte cualitativa; se formaron grupos de discusión compuestos por padres y madres.

En los capítulos siguientes, los aspectos más relevantes que se tratan son: la organización interna y las funciones desempeñadas en la familia; las características de la comunicación familiar; la transmisión de valores; los conflictos y discrepancias que surgen en el seno familiar desde la perspectiva de los padres y de los hijos acerca de diversos temas (los estudios, el dinero, el consumo de alcohol o de otras drogas, las relaciones sexuales, etc...); una posible tipología de familias (familista, conflictiva, nominal y adaptativa); las vivencias de padres y madres respecto a cómo se sienten frente a su propia familia, sus hijos y la educación que les están dando.

En el último capítulo se comentan las conclusiones extraídas de todo este análisis, teniéndose en cuenta que las visiones de los jóvenes y sus padres no siempre coinciden.

El libro se compone también de dos apéndices, los cuales incluyen información complementaria a las cuestiones tratadas en la investigación y de un anexo.

En el primer apéndice se aborda el tema de la socialización; cuáles consideran las fuentes de socialización más importantes y el tiempo libre; qué preferencias tienen a la hora de ocupar este tiempo libre y qué diferencias existen entre las actividades que más se realizan y las que más gustan realmente. En el segundo, se realiza una aproximación al consumo de drogas de los hijos, se describe cuál es el consumo en la población de 14 a 20 años en cada una de las sustancias, los perfiles de los principales grupos de consumidores y los modelos de policonsumo. El anexo

está compuesto por los cuestionarios que se han pasado tanto a padres/madres como a los hijos a través de una encuesta y mediante los cuales hemos obtenido la información que ha permitido la realización de todo este análisis.

En conjunto, este manual nos muestra una amplia visión del funcionamiento, organización, relaciones y conflictos de las familias españolas actuales con hijos entre 14 y 20 años.

Una vez más se le presta especial atención al entorno familiar a la hora de desarrollar y potenciar factores de protección tales como la comunicación, toma de decisiones, autocontrol, habilidades sociales, etc... Son los padres quienes tienen la principal tarea de dar a sus hijos las estrategias necesarias para poder hacer frente a los muchos retos que se les puedan presentar, entre ellos las drogas.

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

---

## RECENSIONES DE LIBROS

---

TÍTULO:

### **GUÍA BÁSICA SOBRE LOS CANNABINOIDES**

AUTORES:

**Miembros de la Sociedad Española de Investigación  
sobre Cannabinoides (SEIC)**

EDITA:

**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE INVESTIGACIÓN  
SOBRE CANNABINOIDES (SEIC)**

159 páginas

El cannabis es la droga ilegal más consumida entre los jóvenes de nuestro país, de ahí la importancia en estudiar e investigar profundamente esta sustancia, de la que aún queda mucha información por conocer a diferencia de otras drogas ilegales.

La presente obra es un estudio pormenorizado de los cannabinoides (ingredientes activos de la marihuana). Está estructurada en tres grandes bloques. En el primero, "Aspectos generales sobre los cannabinoides", podemos encontrar seis capítulos que nos dan información general acerca de los cannabinoides, como son su química y metabolismo, elementos que forman el sistema cannabinoide endógeno, farmacología de los receptores para cannabinoides, etc. El segundo bloque, "Fisiología y terapéutica de los cannabinoides" está dividido en cinco capítulos donde los autores tratan temas como cannabinoides y actividad motora, cannabinoides y procesos de memoria y aprendizaje, acción de los cannabinoides sobre el sistema inmunitario, etc. Por último, el tercer bloque, llamado "Los cannabinoides como droga de abuso", está formado por cuatro

capítulos más donde se trata sobre la tolerancia, la dependencia, la epidemiología del consumo, efectos psicológicos y tratamiento de la adicción a esta sustancia.

Cada uno de estos quince capítulos han sido escritos por autores diferentes, entre los cuales encontramos a Ángel Arévalo-Martín, M<sup>a</sup> Dolores Baño, Ana Cabranes, Eva de Lago, Javier Fernández-Ruiz, Manuel Guzmán, entre otros. Todos ellos son miembros de la Sociedad Española de Investigación sobre Cannabinoides (SEIC), e intentan transmitir una información lo más objetiva posible sobre esta sustancia, siempre desde un punto de vista científico y fruto de las investigaciones que han llevado a cabo en su ejercicio profesional. Sus autores, al trabajar desde diferentes disciplinas y metodologías, nos aportan una información multidisciplinar muy interesante para todos aquellos profesionales y no profesionales que necesiten saber más sobre esta sustancia.

Susana Fernández Ruiz  
*Instituto de Investigación de  
Drogodependencias (INID)*

---

## CURSOS Y DOCUMENTOS

---

### ■ CURSOS DE FORMACIÓN ORGANIZADOS POR EL INID

#### **Prevención de drogas desde la escuela, la familia y el trabajo (42 horas)**

Unidad I – La prevención en el ámbito familiar (12 horas).

Unidad II – La prevención en las instituciones educativas (10 horas).

Unidad III – El modelo comunitario. La prevención (8 horas).

Unidad IV – Prevención en el ámbito laboral (12 horas).

*Calendario:* 4, 5, 25 y 26 de Abril y 9, 10 y 23 de Mayo de 2003.

*Precio:* 210 Euros.

#### **Prevención de drogas y su evaluación (28 horas)**

Unidad I - Otros ámbitos desde los que actuar de forma preventiva (7 horas).

Unidad II - La prevención terciaria y la reducción de daños (9 años).

Unidad III - Programas de prevención y su evaluación (12 horas).

*Calendario:* 24 de Mayo y 6, 7, 13 y 14 de Junio de 2003.

*Precio:* 140 Euros.

#### **La asistencia en drogas institucionalizadas (36 horas)**

Unidad I - Dependencias institucionalizadas: alcoholismo (I) (7 horas).

Unidad II - Alcoholismo (II) (7 horas).

Unidad III - Alcoholismo (III) (5 horas).

Unidad IV - Dependencias institucionalizadas: tabaquismo (10 horas).

Unidad V - Dependencias institucionalizadas: medicamentos (7 horas).

*Calendario:* 4, 5, 25 y 26 de Abril y 9 y 10 de Mayo de 2003.

*Precio:* 180 Euros.

## **La asistencia en drogas no institucionalizadas (30 horas)**

Unidad I - Drogas no institucionalizadas (20 horas)

Unidad II - La calidad y otras cuestiones sobre la asistencia (10 horas)

*Calendario:* 23 y 24 de Mayo y 6, 7, 13 y 14 de Junio de 2003

*Precio:* 150 Euros

### **■ OBJETIVOS DE LOS CURSOS**

- Analizar la prevención de drogas desde la escuela, la familia, el trabajo y la comunidad.
- Plantear y analizar diferentes enfoques preventivos y su evaluación.
- Conocer las perspectivas y posibilidades asistenciales de las drogas institucionalizadas.
- Examinar y conocer las perspectivas y posibilidades asistenciales de las drogas no institucionalizadas.

### **■ ORGANIZACIÓN**

#### **Coordinador de los Cursos:**

Prof. José A. García del Castillo Rodríguez. Director del INID.

#### **Criterio de Selección de Alumnos:**

- Ser Titulado Universitario.
- Podrán matricularse profesionales directamente relacionados con la temática, siempre y cuando reúnan los requisitos generales exigidos para acceder a la Universidad.

#### **Lugar de Celebración:**

Facultad de Medicina - Universidad Miguel Hernández - San Juan (Alicante)

Nº de plazas: Limitadas.

#### **Organiza:**

Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID).

Universidad Miguel Hernández.

#### **Colabora:**

- Dirección General de Drogodependencias (Generalitat Valenciana).
- Colegio Oficial de Psicólogos del País Valenciano.

## ■ INFORMACIÓN AMPLIADA DE LOS CURSOS

### Página WEB:

<http://inid.umh.es> (enlace con Formación - Especialización)

E-Mail: [inid@umh.es](mailto: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  
San Juan (Alicante)

## ■ PLAZAS

### Pre-Inscripciones:

Remitir la solicitud de pre-inscripción mediante Fax, E-mail ó correo postal (modelo en página web ó solicitarla al INID), aportando los datos personales y profesionales: 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.

Una vez recibida la pre-inscripción el INID avisará para formalizar la matrícula.

### Fechas de Pre-Inscripción:

Desde el 10 de febrero hasta diez días antes del inicio de cada curso.

### Horarios de las sesiones

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

## ■ DOCUMENTOS



Consellería de Sanidade  
Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas



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



Sociedad Española  
de Toxicomanias

### DOCUMENTO GALICIA SOBRE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS TRASTORNOS ADICTIVOS EN EUROPA

Hay un aumento en la prevalencia del abuso y dependencia de sustancias en todos los países europeos, y los trastornos adictivos representan un grave problema para los individuos afectados, sus familias y para la sociedad en toda Europa. Sin embargo, la investigación continúa siendo escasa y hay un déficit de comunicación entre los grupos de profesionales que trabajan en las diferentes áreas relacionadas. Por otra parte se están produciendo importantes avances en el conocimiento de algunas de las áreas de investigación, pero no están siendo suficientemente integrados dentro del amplio campo de las conductas adictivas y las evidencias provenientes de investigación no son trasladadas suficientemente a la práctica clínica y a las decisiones políticas.

La profundización en la investigación de los Trastornos Adictivos en el contexto Europeo deberá conducir a un mejor conocimiento de los problemas subyacentes, al desarrollo de tratamientos más efectivos basados en la evidencia científica; y ofrecerá un modelo para una mejor integración de la diversas perspectivas que influyen sobre los diversos aspectos individuales, del desarrollo, sociales y culturales en Europa. Este enfoque global incluiría, por ejemplo, los nuevos trabajos de investigación de genética molecular, los estudios neurobiológicos y psicológicos, los trabajos sobre la psicopatología comórbida, y la interacción de estos factores individuales con influencias socio-culturales, incluyendo los diferentes contextos legales.

Existen ya diversas instituciones, organizaciones y sociedades científicas en Europa que abordan aspectos parciales de esta área. Nuestra intención no es reemplazar o duplicar su trabajo. Por el contrario, nuestra intención es la de añadir una dimensión Europea más integradora, teniendo en cuenta además la ampliación de la Unión Europea, y servir como foro que albergue la comunicación y enriquecimiento mutuo entre científicos de áreas básicas y clínicas; entre la epidemiología y la salud pública, para ayudar a la planificación de políticas de intervención. Esto nos permitirá ir clarificando las diferencias y similitudes no solo entre las drogas, el alcohol y el tabaco, sino también entre los diferentes países europeos, lo que a su vez facilitaría las colaboraciones de investigación entre grupos de distintos países y posibilitaría la elaboración de guías y protocolos terapéuticos efectivos y prácticos.

Concluimos que existe la necesidad de un Colegio Europeo de Ciencias de las Adicciones (European College on Addiction Sciences) para establecer un foro que facilite y potencie el diálogo con otras organizaciones similares tanto en Europa como fuera de ella. La creación de una organización interdisciplinar en la que estén representados organismos profesionales con sus secciones de adicciones, así como sociedades científicas de adicciones es necesaria para coordinar la búsqueda de recursos y el intercambio de información que a su vez potenciaría los esfuerzos ya realizados para abordar este problema. El Colegio Europeo de Ciencias de las Adicciones propuesto cumpliría esta función sin replicar el trabajo de otras estructuras y organizaciones ya existentes. Ayudaría a su vez a crear un marco de trabajo adecuado que facilitase la investigación multi-nacional.

Invitamos a todos los científicos que trabajan en las diferentes áreas relacionadas con los trastornos adictivos a continuar esta discusión en el I Congreso Europeo de Trastornos Adictivos a celebrar los próximos 27 a 29 de Marzo 2003 en Alicante (España).

Entre los objetivos del Colegio se incluyen los siguientes:

A. Mejorar la contribución de la investigación, con el fin de:

- Proporcionar un foro que facilite la comunicación de los nuevos avances en investigación básica, naturalística, clínica y epidemiológica.
- Promocionar un abordaje basado en la evidencia de las intervenciones, mediante la:
  - Identificación y preparación de informes de la evidencia existente.
  - Diseminación de la evidencia.

- Facilitación de la transferencia de la evidencia a la práctica.
- Facilitación de estudios de investigación multicéntricos.
- Promover la investigación sobre el coste-efectividad de las intervenciones.
- Potenciar la investigación para la identificación de factores que puedan afectar la efectividad de las intervenciones y así ayudar a mejorar la calidad de las intervenciones.
- Establecer una red de expertos que podrían explorar las oportunidades de apoyo económico en Europa que faciliten las iniciativas comunes de investigación multi-nacional e interdisciplinar.

B. Mejorar los servicios terapéuticos para los trastornos adictivos en Europa:

- Tanto en atención primaria como especializada la base de evidencia científica de los abordajes terapéuticos no es siempre suficiente. Se promoverán nuevos canales de diseminación de los hallazgos de la investigación hacia la política, la planificación de servicios y la práctica.
- Se promoverá más investigación para poder proporcionar nuevas opciones a los servicios con el fin de dar respuesta a las necesidades de una población cada vez más heterogénea de consumidores de sustancias con patologías psiquiátricas y somáticas.
- Promocionar la investigación para que los programas y servicios de tratamiento dispongan de sistemas de evaluación, de procesos y resultados, que permitan determinar la efectividad y eficiencia de las intervenciones que desarrollen.
- Entre los aspectos éticos que deben ser abordados se incluyen: la capacidad de elección de los pacientes; la accesibilidad y disponibilidad de la diversidad de servicios adecuados para cada caso; aspectos sobre los tratamientos obligatorios y coercitivos; la necesidad de un mayor énfasis en los aspectos éticos en los futuros estudios de investigación.

Todos los participantes reunidos en Santiago de Compostela en el I Symposium Europeo sobre Problemas Clínicos relacionados con los Trastornos Adictivos desean expresar su agradecimiento al Plan de Galicia sobre Drogas de la Consellería de Sanidad del Gobierno de Galicia, al Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Interior del Gobierno Español y a la Sociedad Española de Toxicomanías por apoyar y estimular esta discusión.

• Autores

Francisco Javier Álvarez (Spain)	Icro Maremmanni (Italy and EuroPAT)
Marc Auriacombe (France)	Fernando Márquez (Spain)
Manuel Araujo (Spain)	Emiliano Martín (Spain)
Joe Barry (Ireland)	José Martínez-Raga (Spain)
Elisardo Becoña (Spain)	Margareta Nilson (EMCDDA and Sweden)
Indalecio Carrera (Spain)	César Pascual (Spain)
Miguel Casas (Spain)	Bartolomé Pérez (Spain)
Miguel Castellano (Spain)	José Carlos Pérez de los Cobos (Spain)
Manuel Castro (Spain)	Vladimir Poznyak (Belarus/WHO)
Janis Caunitis (Latvia)	Gabriel Rubio (Spain)
Gaspar Cervera (Spain)	Ulf Rydberg (Sweden)
Jonathan Chick (United Kingdom)	Joaquín Santodomingo (Spain)
Marina Davoli (Cochrane Drugs and Alcohol Review Group)	Christian Schütz (Germany)
Almudena de Silva (Spain)	Kaija Seppä (Finland)
Marica Ferri (Cochrane Drugs and Alcohol Review Group)	Astrida Stirna (Latvia)
Esther García-Usieto (Spain)	John Strang (United Kingdom)
José Guardia (Spain)	Marta Torrens (Spain)
Gonzálo Haro (Spain)	Juan Carlos Valderrama (Spain)
Karl Mann (Germany)	Shamil Wanigaratne (United Kingdom)

## **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

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



# Boletín de Suscripción



Dirección de envío:

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Píso \_\_\_\_\_ Pta. \_\_\_\_\_

Población \_\_\_\_\_ D.P. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Datos Profesionales \_\_\_\_\_

Titulación Académica \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_

Centro de Trabajo \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_

Actividades profesionales privadas \_\_\_\_\_

Suscribame 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](mailto:inid@umh.es)

