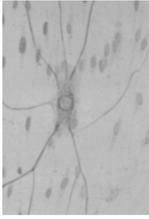


Salud y drogas

1. Editorial	5	4. Artículos de revisión	
2. Cartas al director		El consejo de breve intensidad como método preventivo contra los hábitos tóxicos en el examen de salud del servicio de prevención de riesgos laborales	
Tratamiento psicológico de la adicción al tabaco en España. Una revisión		<i>Estanislao Cabrero,</i>	
<i>Rosario Bustamante</i>	9	<i>Encarnación Posé</i>	63
3. Originales		5. Investigadores noveles	
Fumar y depresión: situación actual en España		Tratamiento de mantenimiento con antagonistas opiáceos Depot. Una alternativa en el tratamiento de dependientes de opiáceos	
<i>Fernando L. Vázquez,</i>		<i>J. Eduardo Carreño, César E. Álvarez,</i>	
<i>Elisardo Becoña,</i>		<i>Gemma I. San Narciso,</i>	
<i>M^a Carmen Míguez</i>	17	<i>M^a Teresa Bascarán, Ana Cerceda,</i>	
Control perception and coping behavior in abstinence in alcoholics		<i>María Hoyos, Collin Brewer,</i>	
<i>Isabel Vielva, Ioseba Iraurgi</i>	29	<i>Julio Bobes</i>	83
Trauma y consumo de drogas en pacientes admitidos en salas de emergencia de dos hospitales generales de Costa Rica		6. Foro político	
<i>Julio Bejarano, Patricia Obando</i>	47	Sobre el alcohol, los jóvenes y la corresponsabilidad	
		<i>Silvia Mendieta, César Pascual</i>	105
		7. Recensiones de libros	109
		8. Cursos	117



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 Benoit Montesinos
Universidad Complutense de Madrid.
Julio Bobes García
Universidad de Oviedo.
Enrique Echeburúa Odriozola
Universidad del País Vasco
Eliot L. Gardner
Albert Einstein College of Medicine. (USA)
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 Drogadependencias
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 Ruiz
Universidad Miguel Hernández

CONSEJO DE REDACCIÓN

Gaspar Cervera Martínez
Hospital Clínico Universitario de Valencia.
Consuelo Guerri Sirera
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 Ortíz de Anda
Edex - Centro de Recursos Comunitarios. (Bilbao)
Francisco Pascual Pastor
Unidad Alcoholología de Alcoy. (Alicante)
Jesús Ángel Pérez de Arróspide
Fundación Vivir sin Drogas. (Bilbao)
Joaquín Portilla Sogorb
Hospital General Universitario de Alicante.
Fernando Rodríguez de Fonseca
Universidad Complutense de Madrid.
Javier Ruiz Fernández
Ayuntamiento de Portugalete.
Jesús Sánchez Martos
Universidad Complutense de Madrid.
José Sánchez Payá
Hospital General Universitario de Alicante.
Manuel Sanchis Fortea
Hospital Psiquiátrico de Bétera. (Valencia)
José Solé Puig
Cruz Roja de Barcelona.
Miguel Ángel Torres Hernández
Unidad de Alcoholismo y Toxicomanías
de Torrent. (Valencia)

ÍNDICE

1. EDITORIAL	5
2. CARTAS AL DIRECTOR	
El tratamiento psicológico de la adicción al tabaco en España. Una revisión <i>Rosario Bustamante</i>	9
3. ORIGINALES	
Fumar y depresión: situación actual en España <i>Fernando L. Vázquez, Elisardo Becoña, M^a Carmen Míguez</i>	17
Control perception and coping behavior in abstinence in alcoholics <i>Isabel Vielva, Ioseba Iraurgi</i>	29
Trauma y consumo de drogas en pacientes admitidos en salas de emergencia de dos hospitales generales de Costa Rica <i>Julio Bejarano, Patricia Obando</i>	47
4. ARTÍCULOS DE REVISIÓN	
El consejo de breve intensidad como método preventivo contra los hábitos tóxicos en el examen de salud del servicio de prevención de riesgos laborales <i>Estanislao Cabrero, Encarnación Posé</i>	63

ÍNDICE

5. INVESTIGADORES NOVELES

**Tratamiento de mantenimiento con antagonistas
opiáceos depot. Una alternativa en el tratamiento
de dependientes de opiáceos**

*J. Eduardo Carreño, César E. Álvarez, Gemma I. San Narciso, M^a Teresa
Bascarán, Ana Cerceda, María Hoyos, Collin Brewer, Julio Bobes*

83

6. FORO POLÍTICO

Sobre el alcohol, los jóvenes y la corresponsabilidad

Silvia Mendieta, César Pascual

105

7. RECENSIONES DE LIBROS

109

8. CURSOS

117

¿Y AHORAQUÉ?

En el País Vasco, existe una zona rural y agreste euskaldun 100%, denominada entre vosotros la “reserva étnica”, con comunidades rurales muy activas en movimientos comunitarios sociopolíticos y espacios festivos, artesanales e incluso montajes teatrales, en las que participan los vecinos. Esta dinámica ha ejercido un cierto control de los jóvenes y ha fortalecido el nivel interrelacional. Por eso, mi gran sorpresa fue el empezar a aparecer en la consulta jóvenes entre 13 y 15 años con problema de consumo de drogas (THC y anfetamidas), severas alteraciones de conducta y fracaso escolar, procedentes de esta zona. Al principio fue un goteo aislado que posteriormente se generalizó, por lo que puedo tener una visión amplia de la situación. Lo que más me extrañó fue la total impotencia y pasividad con que los padres y autoridades estaban viviendo el fenómeno. “Lo hacen todos”, “es lo habitual” y “no podemos hacer nada”. Ninguna capacidad de agruparse, informarse y ejercer algún medio de presión frente al fenómeno. Estando totalmente desinflados y desmotivados.

Se mantuvo una reunión informativa con la Ertzaintza (Policía Vasca), la cual informó que “¿qué se puede hacer? ¡cuando hemos encontrado en el recreo a los profesores y los chavales fumando hachís juntos!”.

Si esto es lo que ocurre en una zona con características tan peculiares y una intensa dinámica de acciones comunitarias, que además viven en caseríos aislados donde se conocen todos y con un amplio historial de actitudes reivindicativas ¿qué ocurre en el resto del Estado?

¿Cómo es posible esa pasividad? ¿Dónde están todos los movimientos antidrogas reivindicativos? ¿Cómo no hay ninguno contra el THC? ¿Sois vosotros los culpables con vuestra impotencia?

La información sobre Drogas, la mayoría de la población la obtiene en los medios de comunicación, por eso es básico su conocimiento, ya que al igual que la Bolsa podemos seguir las modas y las tendencias.

Parte de nuestra actividad preventiva ha sido intentar conseguir un nivel de información, real y educativo pero, como hemos podido comprobar, el sensacionalismo y la banalización siguen siendo la base educativa del país.

En resumen, vemos que el Extasis está en candelero por las muertes en los tecnoconciertos, aunque nunca se ha valorado la cantidad de descebrados que deja por el camino.

Por ahora, no ha salido ninguna voz para que el éxtasis se legalice y se haga el consumo libre, ya que me imagino que a alguien le ha llegado la noticia de que los efectos más graves son en personas vírgenes y no acostumbrados a su uso. Como novedad, tenemos que en la prensa de Euskadi aparece la noticia de que este verano en las fiestas se hará análisis gratis de las pastillas “para informar y disuadir de su consumo”. Osea que, si es bueno y puro lo puedes tomar y si está mezclado pues no. Con lo que el mensaje es perfecto: “Diviértete a tope con pastillas pero analízalas antes...”

Con respecto al hachís, después del pan y el vino, parece ser que es uno de los grandes descubrimientos de la Humanidad ya que es anestésico, antiemético, euforizante, anticanceroso, antialzheimer, etc... y lo que se le encuentre.

A veces en la letra pequeña se puede ver que ejerce algún “pequeño problema”, en algunos casos aislados, de alteraciones cerebrales en “gente débil y poco resistente”.

A nivel político, nadie parecer ser que tenga ganas de tocar el tema del THC ya que sabemos todos que quita votos, sobre todos juveniles y de izquierda (si queda alguno) y crea actitudes contestatarias en prensa y televisión, que mejor es tenerlas apagadas.

Para cualquiera que se mueva por la calle, la venta del THC es casi libre y la aplicación de las leyes nulas y desciende de forma imparable la edad de uso y abuso. A este paso va a ir por delante del tabaco (entre otras cosas, porque hay más campañas de tabaco que de THC y muchos de los jóvenes que nos vienen creen que es menos nocivo).

La heroína que está quedando como droga en grupos muy marginales y controlados, la moda actual en algunas Comunidades es hacer programas “controlados” con heroína. Con la cantidad de opiáceos sintéticos y naturales que tenemos y que se utilizan como sustitutivos ¡ya es rizar el rizo!, pero las modas dependen del ASESOR que asesora al político de turno y le vende lo que le quiere vender. A este paso a alguien se le va a ocurrir dar raciones de alcohol a los alcohólicos, por la Seguridad Social,

para evitar el deterioro económico familiar. ¡Me imagino que protestaría la Asociación de Hostelería por competencia desleal!

La Cocaína avanza despendolada descerebrando con y sin alcohol a parte importante de la población activa española en un camino sin retorno, en el que el estado de déficit y deterioro cerebral con el que nos llegan los enfermos, nos da muy pocas posibilidades farmacológicas y psicoterapéuticas.

Por último, el tema del botellón. Es normal que si los adultos beben en la calle, los jóvenes también lo hagan y para poder trasegar alcohol lo diluyan con naranja ó limón. No es más que la socialización a bajo costo del whisky con agua o del cubalibre ó gin-tonic.

La MOVIDASin control de los años 80 llevó a un uso de forma de vida nocturna y alcohol que nos ha generado esta situación, por más que se avisó lo que iba a suceder, no se nos hizo ni caso.

Lo que está causando perplejidad en el tema del botellón, es que la estadística de uso por parte de la juventud española que ha realizado el Gobierno, aparecen unos datos que exigen una intensa reflexión. Todos pensábamos que se consumía el botellón en comunidades de altas temperaturas nocturnas. La estadística indica que en Madrid, Andalucía, Extremadura, País Vasco y Castilla La Mancha entre el 27 y 34 % de los jóvenes, consumen bebidas en la calle, pero la sorpresa salta al conocer las cifras de Cataluña, Baleares, Ceuta, Melilla en las cuales el consumo es del 6 al 8% y La Rioja y Galicia alrededor del 11 ó 12 %. Parece ser, que lo que están indicando estas cifras tiene que ver con el sistema educativo. Nos toca averiguar que sistema de formación están utilizando en esas Comunidades Autónomas, tanto en el medio escolar como familiar para que entre los 13 y los 16 años hayan disminuido este tipo de consumos. Así mismo, ya conocíamos el descenso en otro tipo de drogas en estas Comunidades.

Educación, ideología, unión del grupo familiar... pero los resultados son claros y es la vía que hay que explorar, investigar y seguir.

Javier Aizpiri Díaz
Director de Medicina Psico-Orgánica.
Bilbao

*CARTAS
AL DIRECTOR*

EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA ADICCIÓN AL TABACO EN ESPAÑA. UNA REVISIÓN

Rosario Bustamante
Unidad Conductas Adictivas. Altabix
Elche. Alicante

El tabaco es una de las drogas cuyo consumo está más extendido en el mundo. El tabaquismo se ha convertido en uno de los problemas de salud más importantes siendo la primer causa de muerte evitable en el mundo industrializado y uno de los objetivos prioritarios de intervención.

La prevalencia del tabaquismo en España está calculada en un 36%, habiéndose observado en los últimos años un ligero descenso del consumo de tabaco entre los hombres y un aumento entre las mujeres. El periodo de edad en el que se inicia el consumo sigue siendo mayoritariamente durante la adolescencia.

La dependencia de la nicotina, droga con un fuerte poder adictivo, es considerada una conducta similar a otras dependencias, químicas (dependencia del alcohol, heroína, cocaína,...) y no químicas (juego patológico, etc.); siguiendo patrones muy parecidos tanto en su desarrollo y mantenimiento como en cuanto a la elevada probabilidad de recaída tras un periodo de abstinencia, principalmente durante los primeros 6 meses tras el abandono del consumo.

En las últimas décadas se han desarrollado, desde las diferentes disciplinas implicadas, estrategias de intervención que han demostrado su eficacia en el tratamiento de la dependencia del tabaco. Así, desde el ámbito de la psicología, se han ido desarrollando diversos programas que han empleado una amplia diversidad de técnicas para el tratamiento del tabaquismo cuya eficacia ha sido revisada por varios estudios meta-analíticos.

La terapia de conducta multicomponente es la estrategia más frecuentemente utilizada para el abordaje de la adicción al tabaco; siendo uno de los tratamientos recomendados, por haber demostrado su eficacia tanto

a corto como a largo plazo en el tratamiento de este problema (Becoña, 1993; Lichtenstein y Galsgow, 1992; Schwartz, 1987).

En la actualidad existen guías clínicas que proporcionan información sobre los distintos tratamientos, su eficacia y las indicaciones de cada uno de ellos en función de las particularidades de la dependencia nicotínica. El tratamiento psicológico de tipo cognitivo-conductual sería el de primera elección y, en segundo lugar, la combinación de este con tratamientos farmacológicos para aquellos casos en los que se considere necesario para asegurar un mejor resultado.

De los resultados de los trabajos realizados en España y con población española sobre la eficacia de distintas técnicas psicológicas aplicadas a los tratamientos para dejar de fumar, se extraen las siguientes conclusiones:

- Los programas multicomponentes son eficaces tanto a corto como a largo plazo, aunque a medida que transcurre el tiempo disminuyen los efectos, produciéndose un mayor número de recaídas durante los primeros 6 meses desde la finalización del tratamiento. (Becoña 1995)

- No hay concordancia en los diferentes estudios con relación a una eficacia diferencial en función de las técnicas de intervención.

- Los tratamientos que consiguen mejores tasas de abstinencia son los que tienen una duración media (alrededor de 1 mes y medio), baja intensidad y son aplicados mediante entrenamiento directo y oral. (Becoña y García 1995).

- El sexo y la edad influyen en la magnitud de los tamaños del efecto. Las mujeres mejoran menos que los hombres (Begoña 1995). Es posible que variables como, la ganancia de peso, la asociación encontrada entre trastorno depresivo o sintomatología depresiva y tabaco y la mayor incidencia de estos trastornos en mujeres, las diferencias encontradas entre mujeres y hombres en cuanto al "para qué y "porqué" se fuma, etc., podrían estar explicando estos peores resultados. En cuanto a la edad, es lógico pensar que pueda estar relacionado con mayor probabilidad de aparición de enfermedades o más riesgos, en personas más mayores.

- El número de cigarrillos al día y la cantidad de años de fumador no parece afectar a la eficacia del tratamiento. A pesar de estos resultados en los trabajos revisados, se está observando que a medida que la población va dejando de fumar, aquel sector de la misma que aún continúa fumando, está formado por las personas cuya dependencia a la nicotina es mayor, mayor tiempo de consumo y más comorbilidad psiquiátrica presentan por lo que es probable una disminución de la eficacia de los tratamientos.

Es necesario seguir investigando para mejorar las intervenciones que nos permitan alcanzar una mejor abstinencia mantenida en el tiempo (estrategias para la prevención de recaídas y mantenimiento del cambio). Revisar y simplificar los paquetes de tratamiento determinando a qué elementos se debe la eficacia de las intervenciones. Evaluar la influencia de otras variables que pueden estar explicando la heterogeneidad de los resultados obtenidos por diversos programas como: la influencia de las faltas a alguna sesión de tratamiento, las metas y expectativas del fumador, etc. Investigar otras variables predictoras del resultado de los tratamientos como la autoeficacia; la motivación para el cambio; la asociación con otros trastornos clínicos como la depresión o la sintomatología depresiva, el alcoholismo y la esquizofrenia.

Por último, el desarrollo de intervenciones específicas y diferenciadas para la atención de la mujer fumadora ocupa un lugar preferente por varias razones: 1. - con el aumento del consumo de tabaco en la mujer se está produciendo un incremento de las enfermedades asociadas, 2. - el consumo de tabaco en las mujeres gestantes tiene importantes repercusiones sobre el feto, 3. - la mujer parece tener más dificultades para dejar de fumar una vez generada la dependencia debido a varios factores aún no bien estudiados que apuntan a que existen diferencias entre las razones por las que se inicia y mantiene el consumo de tabaco entre hombres y mujeres, diferencias entre otras en el afrontamiento del estrés o en las dificultades para obtener apoyo social.

ORIGINALES

FUMAR Y DEPRESIÓN:SITUACIÓN ACTUAL

EN ESPAÑA

Fernando L. Vázquez, Elisardo Becoña, M^a Carmen Míguez
Universidad de Santiago de Compostela

RESUMEN

La investigación continúa proporcionando evidencia de la relación entre la depresión y fumar cigarrillos. Entre los fumadores que buscan tratamiento para dejar de fumar hay un porcentaje elevado de ellos con una historia o padecimiento actual de trastornos y síntomas depresivos. Las personas deprimidas experimentan dificultades al dejar de fumar y en el mantenimiento de la abstinencia. En España, la investigación se ha centrado en el estudio de la relación entre fumar y síntomas depresivos. Los fumadores informan niveles más altos de sintomatología depresiva que los que no fuman. Los porcentajes de recaída son más elevados entre los que muestran más síntomas depresivos. Estos síntomas influyen en la eficacia al final del tratamiento y a los 12 meses de seguimiento. También se ha encontrado que una reducción brusca en el consumo de cigarrillos podría causar depresión mayor. Los hallazgos sugieren que los fumadores actuales pueden estar experimentando otros trastornos psiquiátricos distintos a los relacionados con la nicotina.

Palabras clave: dejar de fumar, depresión, comorbilidad, tratamiento.

ABSTRACT

Research continues to produce evidence of a link between depression and smoking. Individuals with current or historical depressive disorders and depressive symptoms, are overrepresented among those seeking treatment for smoking cessation. Findings on smoking cessation reflect both

the difficulties depressed people experience when quitting and their sustained abstinence. In Spain, current research regarding smoking and depression has centered in studies of the relation between smoking and depressive symptoms. Smokers report higher depressive symptoms than those who do not smoke. Relapse rates are higher among those who show more depressive symptoms. These symptoms influence efficacy at the end of the treatment and subsequent 12-month follow-up. Also, an abrupt reduction in the consumption of cigarettes could cause major depression. Findings suggest that current smokers in Spain may be experiencing others psychiatric disorders than those related to nicotine.

Key words: smoking, depression, comorbidity, treatment

INTRODUCCIÓN

La mayoría de la actual investigación sobre el binomio tabaquismo-otros trastornos psiquiátricos se ha centrado en la relación entre el trastorno de depresión y fumar (ver Covey, Glassman y Stetner, 1998; Hall, Muñoz, Reus y Sees, 1993; Glassman, 1993, Glassman y Covey, 1996; Vázquez y Becoña, 1998a). La depresión mayor, ya sea historia de depresión mayor, actual o subsindrómica, es muy prevalente entre los fumadores que buscan tratamiento para dejar de fumar (Glassman et al., 1988; Hall, Muñoz y Reus, 1994). Entre el 31% y el 60% de los fumadores que acuden a los programas clínicos para dejar de fumar han experimentado en sus vidas al menos un episodio de depresión mayor (Glassman et al., 1993; Hall et al., 1994), dato que contrasta con la prevalencia de vida del 17% hallado para la población general (Kessler et al., 1994). También se han encontrado porcentajes elevados de historia de depresión mayor en estudios basados en la población (Breslau, Kilbey y Andreski, 1991; Glassman et al., 1990).

La historia de depresión mayor y el tener síntomas depresivos se asocian de modo independiente con el fracaso para dejar de fumar (ej., Anda et al., 1990; Glassman et al., 1988), mayores niveles de afecto negativo durante el síndrome de abstinencia (Covey, Glassman y Stetner, 1990; Hatsukami y Hughes, 1984) y una mayor recaída (Kinnunen, Doherty, Militello y Garvey, 1996; Swan, Ward y Jack, 1996).

Por otra parte, en la población general hay evidencia de una correlación entre un diagnóstico de depresión, especialmente el trastorno de depresión mayor, y un diagnóstico de dependencia de la nicotina (Breslau et al.,

1991). Lerman et al. (1996) han informado que los fumadores deprimidos tienen niveles de dependencia de la nicotina, evaluados por el Test de Fagerström de dependencia de la nicotina, más elevados que los fumadores no deprimidos. Vázquez y Becoña (1999) encontraron que los fumadores con un mayor grado de dependencia, evaluado por dicho Test (punto de corte de 7), puntuaban significativamente más alto en el Inventario de Depresión de Beck que los fumadores no dependientes.

Algunos investigadores también han observado una relación entre dejar de fumar y el surgimiento de un episodio de depresión mayor (Bock, Goldstein y Marcus, 1996; Stage, Glassman y Covey, 1996; Vázquez y Becoña, 1998b), aunque actualmente hay pocos estudios que hayan probado esta relación (Borrelli et al., 1996; Covey, Glassman y Stetner, 1997; Tsoh, et al., en revisión). El período de vulnerabilidad a un nuevo episodio de depresión mayor inmediatamente después de dejar de fumar se extiende más allá de la duración del síndrome de abstinencia (Covey et al., 1997).

Se han formulado algunas hipótesis para explicar la relación entre fumar y depresión, tales como: los fumadores con historia depresiva usan los cigarrillos para automedicar una depresión subyacente (ej., Carmody, 1989; Lerman et al., 1996); las personas depresivas pueden ser más vulnerables para comenzar a fumar y continuar con el hábito debido a una baja autoestima y baja autoeficacia (Hughes, 1988); factores genéticos o ambientales pueden predisponer a las personas a padecer depresión y ser fumadores (Breslau, Kilbey y Andreski, 1993; Breslau, Peterson, Schultz, Chilcota y Andreski, 1998; Kendler et al., 1993). Ninguna de estas u otras hipótesis se han estudiado extensamente.

Finalmente, los datos sugieren que la terapia sustitutiva de nicotina (ej., chicle de nicotina (Kinnunen et al., 1996), los antidepresivos (ej., fluoxetina, nortriptilina, bupropion) (ej., Hall et al., 1998), los tratamientos cognitivo-conductuales (Hall et al., 1994), el tratamiento cognitivo-conductual junto con la fluoxetina (Vázquez y Becoña, 1998b) o la nortriptilina (Hall et al., 1998), así como la terapia de apoyo (Zelman, Brandon, Jorenby y Baker, 1992) pueden resultar herramientas útiles para ayudar a dejar de fumar a los fumadores, especialmente a aquellos con historia de depresión o afecto negativo asociado con intentos previos para dejar de fumar. Para aquellos fumadores que tienen una dependencia elevada de la nicotina y que tienen una historia o un trastorno de depresión mayor actual o que presentan otros factores de riesgo (ej., historia familiar de depresión, dificultad para dejar de fumar

en intentos previos), se recomienda una combinación de antidepresivos o tratamiento cognitivo-conductual y terapia de sustitución de nicotina. Para aquellos fumadores que presentan pocos factores de riesgo puede ser suficiente una sola modalidad de tratamiento (Kinnunen, Henning y Nordstrom, 1999).

FUMAR Y DEPRESIÓN: SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA

Aunque en España ha disminuido el consumo de tabaco, todavía continúa fumando el 36.2% de la población adulta (Plan Nacional sobre Drogas, 1997). Como hemos comentado previamente, hay un número importante de estudios en los que se pone de manifiesto que muchos de estos fumadores podrían tener o haber tenido algún trastorno depresivo (Glassman, 1993; Glassman y Covey, 1996; Vázquez y Becoña, 1998a). En España, la relación entre la conducta de fumar y la depresión se ha comenzado a estudiar recientemente, mientras que en otros países tales como en Estados Unidos, esta relación ya ha sido estudiada a nivel clínico (ej., Glassman et al., 1988) y a nivel poblacional (ej., Anda et al., 1990; Breslau et al., 1991). En España las primeras investigaciones en este campo comenzaron hace seis años cuando, a nivel clínico, se empezó a observar una disminución en la eficacia de los tratamientos clínicos para dejar de fumar. Por ejemplo, en el programa de Becoña y colaboradores (ver Becoña y Vázquez, 1998), antes de 1991, los porcentajes de abstinencia en sus estudios oscilaban entre el 58% y el 85% al final del tratamiento y entre el 30% y el 54% a los 12 meses de seguimiento (e.j., Becoña y García, 1993b). En estudios más recientes (ej., Becoña y Vázquez, 1997), la abstinencia al final del tratamiento fluctúa entre el 60% y el 80% y entre el 30% y el 40% a los 12 meses de seguimiento. Esta disminución en los porcentajes de abstinencia se puede explicar en parte por el hecho de que los fumadores que buscan actualmente tratamiento para dejar de fumar tienen una mayor dependencia de la nicotina que aquellos que lo hacían hace años (Becoña, Vázquez, García, y Fuentes, 1994), ya sea evaluada mediante el Test de Fagerström de dependencia de la nicotina, el número de cigarrillos fumados, etc. Sin embargo, la variable dependencia no es capaz de explicar en su totalidad dicho fenómeno. Como veremos en algunos estudios que expondremos a continuación, la depresión, la sintomatología depresiva o el afecto negativo juegan un papel importante en esta cuestión.

En un estudio basado en la población (Becoña, Vázquez, Fuentes y Lorenzo, 1998) se analizó la relación del afecto negativo y de la sintomatología depresiva con fumar. Se utilizó una muestra representativa de la población de Galicia (España) de 1.615 personas (721 hombres y 894 mujeres; 18 o más años de edad). El afecto negativo se evaluó con la escala PANAS (Watson, Clark y Tellegen, 1988) y la sintomatología depresiva con el Inventario de depresión de Beck. Los resultados del estudio confirmaron la relación de la depresión y el afecto negativo con fumar, especialmente para los sujetos que fumaban 31 o más cigarrillos por día.

En un estudio clínico, en el que se aplicó un tratamiento psicológico conductual multicomponente (Vázquez y Becoña, 1999), participaron 186 fumadores, de los cuales se localizaron 160 al año de seguimiento (35% hombres y 65% mujeres; 34.9 años de media). Se evaluó la sintomatología depresiva en el pretratamiento y en el seguimiento a los 12 meses con el Inventario de depresión de Beck (BDI) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). A los 12 meses de seguimiento, los fumadores ($n=104$) tuvieron una puntuación media en sintomatología depresiva de 7.1 y los abstinentes ($n=56$) de 5.2; las diferencias entre ambas medias fueron estadísticamente significativas ($p<0.05$). Al final del tratamiento, los fumadores tuvieron una mayor puntuación en sintomatología depresiva que los abstinentes (7.5 vs. 6.4, respectivamente), pero las diferencias no fueron significativas.

El nivel de dependencia de la nicotina moduló claramente la relación entre la sintomatología depresiva y el estatus de fumador. Se establecieron dos categorías (dependiente vs no dependiente), utilizando como punto de corte 7 en el Test de Fagerström. Se encontraron diferencias significativas en la puntuación media de la sintomatología depresiva para los fumadores dependientes y los no dependientes antes del tratamiento (BDI=9.2 vs. 6.3; $p<0.05$) y a los 12 meses de seguimiento (BDI=9.4 vs. 5.5; $p<0.001$). Esto es, el grupo de los fumadores no dependientes puntuó un promedio similar a los no fumadores en sintomatología depresiva antes del tratamiento (BDI=6.3 vs. 6.4) y a los 12 meses de seguimiento (BDI=5.5 vs 5.2).

Recientemente, Vázquez, Becoña y Míguez (en revisión) llevaron a cabo un programa para dejar de fumar por correo, en el que participaron 200 fumadores (53% varones; media de edad = 37.3 años). A los 12 meses de seguimiento, los sujetos abstinentes tuvieron una puntuación promedio en el Inventario de depresión de Beck de 4.2, mientras que la de los fumadores fue de 8.6 ($p<0.001$). También se encontró una asociación sig-

nificativa entre puntuar 19 o más en el Inventario de depresión de Beck en el pretratamiento y no dejar de fumar al final del tratamiento ($p < 0.05$).

Algunos autores han documentado la ocurrencia de episodios depresivos después de dejar de fumar. En España Vázquez y Becoña (1998b) han encontrado, que incluso una reducción brusca del consumo, sin dejar de fumar completamente, puede propiciar un episodio de depresión mayor. Este fue el caso de una mujer de 27 años de edad, que había tenido un episodio de depresión mayor tres años atrás. En el período de línea base (15 días) redujo de modo brusco el consumo diario de 35 a 8 cigarrillos (una reducción del 77%). Cuando acudió a la primera sesión del tratamiento para dejar de fumar se le diagnosticó un cuadro de depresión mayor. Se tomó la decisión de que prosiguiese en el tratamiento para dejar de fumar, y para la depresión, se le aplicó un tratamiento psicológico (terapia cognitiva de Beck) junto con un tratamiento farmacológico (fluoxetina 40mg/día) administrado por su psiquiatra. Después de dejar de fumar se continuó con la terapia para la depresión durante tres meses más. Se hizo un seguimiento posterior de 12 meses. La paciente permaneció abstinente y no mostró síntomas depresivos.

En España también ha sido estudiada la relación entre el afecto negativo y la recaída. Becoña y Froján (1989) informaron que el 29.4% de las recaídas que se produjeron en los ex-fumadores que participaron en un programa clínico estaban relacionadas con la experimentación de estados emocionales negativos. En otro estudio (Becoña y Míguez, 1995) se encontró que la causa de recaída más frecuente (el 38% de todas las recaídas) tuvo relación con la experimentación de afecto negativo o de un estado emocional negativo (ver Tabla 1).

TABLA 1
Estudios llevados a cabo en España sobre la relación
entre fumar y depresión

Autor/es	N	Tipo de estudio	Sexo	Edad	Cigarrillos por día	Trastorno estudiado	Medidas
Becoña et al (1989)	29	clínico	65.5% (hombres)	22.1	19.8	Afecto negativo	Autoinforme
Becoña y Míguez (1995)	57	clínico	52.6% (hombres)	35.1	28.2	Afecto negativo	Autoinforme
Becoña et al. (1998)	1615	poblacional	44.6% (hombres)	44.4	22.5	Síntomas depresivo Afecto negativo	BDI PANAS
Vázquez y Becoña (1998b)	1	clínico	mujer	27.0	35.0	Depresión mayor	DSM-IV
Vázquez y Becoña (1999)	186	clínico	65.0% (mujeres)	34.9	24.6	Síntomas depresivos	BDI
Vázquez et al. (en revisión)	200	autoayuda	53.0% (hombres)	36.5	26.4	Síntomas depresivos	BDI

DISCUSIÓN

La actual investigación en España sobre la relación entre fumar y depresión se ha centrado fundamentalmente en la relación entre fumar y la sintomatología depresiva. La razón para estudiar esta relación en particular es que entre el 15% y el 30% de la población general muestra síntomas depresivos (ver Kaelber et al., 1995). Los estudios incluidos en esta revisión muestran que los fumadores tienen una sintomatología depresiva más elevada que los no fumadores. Los fumadores de la población general, especialmente aquellos que fuman 31 o más cigarrillos/día, tienen puntuaciones más elevadas en el Inventario de depresión de Beck que los no fumadores y en la escala PANAS (Becoña et al., 1998). La recaída es relativamente frecuente en aquellos exfumadores que experimentan afecto negativo (Becoña y Míguez, 1995). En uno de los estudios revisados, se encontró que los síntomas depresivos influyen en la eficacia del tratamiento clínico a los 12 meses de seguimiento, pero no al final del tratamiento (Vázquez y Becoña, 1999). En Estados Unidos, sin embargo, los síntomas depresivos o el afecto negativo influyen negativamente en el proceso de dejar de fumar y en la recaída (ej., Anda et al., 1990), aunque la generalización de estos hallazgos puede estar influida por la edad y el sexo (Salive y Blazer, 1993; Saw et al., 1988). En el estudio de Vázquez y Becoña (1999) pudo haber otros factores que hayan dificultado el establecimiento de una asociación entre la sintomatología depresiva y el estatus de fumador al final del tratamiento. Por ejemplo, podría ser posible que los 26 participantes que se perdieron a los 12 meses de seguimiento, y que se consideraron fumadores, estuviesen al menos abstinentes una parte de ellos. Algunos componentes del tratamiento utilizado pudieron tener efectos positivos sobre la sintomatología depresiva o el afecto negativo. El fracaso en encontrar diferencias estadísticamente significativas pudo tener relación con el tamaño de muestra (especialmente para los no fumadores). Finalmente, en el período en que se llevó a cabo el estudio, este tipo de comorbilidad todavía no era acusada. De hecho, esta parece ser la explicación más verosímil, pues en un estudio más reciente (Vázquez, Becoña y Míguez, en revisión) no sólo se encontró que aquellos sujetos que tenían una sintomatología depresiva más elevada a los 12 meses de seguimiento era más probable que fumasen, sino que esta relación también se halló al final del tratamiento.

La relación observada entre la reducción brusca de consumo de cigarrillos y la aparición de un episodio de depresión mayor (Vázquez y Becoña, 1998b) es similar a otros casos que se han descrito en la literatura científica (ej., Covey et al., 1997). Es un estudio de caso, por lo tanto, no es un resultado que se pueda generalizar. Pero no por ello deja de ser interesante el buen resultado que se consiguió al tratar conjuntamente la conducta de fumar y un episodio de depresión mayor, utilizando un programa conductual multicomponente para dejar de fumar y la combinación de terapia psicológica (terapia cognitiva de Beck) y farmacoterapia para la depresión (fluoxetina).

En futuros estudios que se lleven a cabo en España sobre la relación fumar-depresión, sería interesante evaluar la sintomatología depresiva pretratamiento, durante el tratamiento, al final del mismo y en los distintos seguimientos. También es necesario introducir otras medidas (ej., Escala de depresión de Hamilton) que nos permitan conocer el papel que pueden tener los componentes cognitivos, conductuales y fisiológicos de la depresión en la relación con la dependencia de la nicotina, así como utilizar los criterios diagnósticos del DSM-IV o de la CIE-10 tanto para los trastornos relacionados con la nicotina como para los afectivos.

Los hallazgos que se han encontrado sobre la relación entre fumar y depresión en los estudios llevados a cabo en España, sugieren que los actuales fumadores pueden estar experimentando otros trastornos, además de la dependencia a la nicotina, que les dificulta la cesación y les hace vulnerables a la recaída. Creemos que lo que se empieza a observar en España con la relación entre fumar y otros trastornos psiquiátricos, lo expresaron muy acertadamente Hall et al (1993) hace unos años para el contexto norteamericano "... hace 40 años, cuando fumar cigarrillos era normativo, la prevalencia de otros trastornos distintos a la dependencia de la nicotina en los fumadores era probablemente mucho más baja. Las características de los fumadores están cambiando. Esto es debido a los avances en los tratamientos para dejar de fumar y a los esfuerzos preventivos y al aumento de la presión social sobre los fumadores. Aunque actualmente fumar puede ser un buen marcador para el riesgo de depresión o abuso de alcohol, cambios en la población pueden cambiar la relación rápidamente, para que en pocos años otros trastornos - por ejemplo, la esquizofrenia- se puedan asociar con fumar" (p. 765). Como comenta Hughes (1996), y es también aplicable a España, cada vez habrá menos fumadores, pero éstos tendrán un mayor grado de adicción a la nicotina y la comorbilidad será un fenómeno cada vez más frecuente entre los mismos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anda, R.F., Williamson, D.F., Escobedo, L.G., Mast, E.E., Giovino, G.A. y Remington, P.L. (1990). Depression and the dynamics of smoking: A national perspective. *Journal of the American Medical Association*, 264, 1541-1545.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Becoña, E. y García, M.P. (1993a). The smoking cessation programme of the University of Santiago de Compostela. *Research Communications in Psychology, Psychiatry and Behavior*, 8, 135-145.
- Becoña, E. y García, M.P. (1993b). Nicotine fading and smokeholding methods to smoking cessation. *Psychological Reports*, 73, 779-786.
- Becoña, E., Lista, M.J. y Froján, M.J. (1989). ¿Por qué los sujetos recaen en los tratamientos para dejar de fumar? Un estudio exploratorio. *Revista Española de Drogodependencias*, 14, 29-36.
- Becoña, E. y Míguez, M.C. (1995). Abstinencia, recaída y no abandono en un programa para dejar de fumar. *Adicciones*, 7, 41-58.
- Becoña, E. y Vázquez, F.L. (1997). Does using relapse prevention increase the efficacy of a program for smoking cessation?: An empirical study. *Psychological Reports*, 81, 291-296.
- Becoña, E. y Vázquez, F.L. (1998). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dyckinson.
- Becoña, E., Vázquez, F.L., García, M.P. y Fuentes, M.J. (1994, octubre). *Point prevalence abstinence, continuous abstinence, and prolonged abstinence in a smoking cessation program*. Comunicación presentada en la 9th World Conference on Tobacco and Health, Paris, France.
- Becoña, E., Vázquez, F.L., Fuentes, M.J. y Lorenzo, M.C. (1998). Anxiety, affect, depression, and cigarette consumption. *Personality & Individual Differences*, 26, 113-119.
- Bock, B.C., Goldstein, M.C. y Marcus, B.H. (1996). Depression following smoking cessation in women. *Journal of Substance Abuse*, 8, 137-144.
- Borrelli, B., Niaura, R., Keuthen, N.J., Goldstein, M.G., DePue, J.D., Murphy, C. y Abrams, D.B. (1996). Development of major depressive disorder during smoking-cessation treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 534-538.
- Breslau, N., Kilbey, M.M. y Andreski, P. (1991). Nicotine dependence, major depression, and anxiety in young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1069-1074.
- Breslau, N., Kilbey, M.M. y Andreski, P. (1993). Vulnerability to psychopathology in nicotine-dependent smokers: An epidemiologic study of young adults. *American Journal of Psychiatry*, 150, 941-946.
- Breslau, N., Peterson, E.L., Schultz, L.R., Chilcoat, H.D. y Andreski, P. (1998). Major depression and stages of smoking. A longitudinal investigation. *Archives of General Psychiatry*, 55, 161-166.
- Carmody, T.P. (1989). Affect regulation, nicotine addiction and smoking cessation. *Journal of Psychoactive Drugs*, 21, 331-342.

- Covey, L.S., Glassman, A.H. y Stetner, F. (1990). Depression and depressive symptoms in smoking cessation. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 350-354.
- Covey, L.S., Glassman, A.H. y Stetner, F. (1997). Major depression following smoking cessation. *American Journal of Psychiatry*, 154, 263-265.
- Covey, L.S., Glassman, A.H. y Stetner, F. (1998). Cigarette smoking and major depression. *Journal of Addictive Diseases*, 17, 35-46.
- Glassman, A.H. (1993). Cigarette smoking: Implications for psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*, 150, 546-553.
- Glassman, A.H. y Covey, L.S. (1996). Smoking and affective disorder. *American Journal of Health Behavior*, 20, 279-285.
- Glassman, A.H., Covey, L.S., Dalack, G.W., Stetner, F., Rivelli, S.K., Fleiss, J. y Cooper, T.B. (1993). Smoking cessation, clonidine, and vulnerability to nicotine among dependent smoker. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 54, 670-679.
- Glassman, A.H., Helzer, J.E., Covey, L.S., Cottler, L.B., Stetner, F., Tipp, J.E. y Johnson, J. (1990). Smoking, smoking cessation, and major depression. *The Journal of the American Medical Association*, 264, 1546-1549.
- Glassman, A.H., Stetner, F., Walsh, B.T., Raizman, P.S., Fleiss, J.L. y Cooper, T.B. (1988). Heavy smokers, smoking cessation, and clonidine: Results of a double-blind, randomized trial. *The Journal of the American Medical Association*, 259, 2863-2866.
- Hall, S.M., Muñoz, R.F. y Reus, V.I. (1994). Cognitive-behavioral intervention increases abstinence rates for depressive-history smokers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 141-146
- Hall, S.M., Muñoz, R.F., Reus, V.I. y Sees, K.L. (1993). Nicotine, negative affect, and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 761-767.
- Hall, S.M., Reus, V.I., Muñoz, R.F., Sees, K.L., Humfleet, G., Hartz, D.T., Frederick, S. y Triffleman, E. (1998). Nortriptyline and cognitive-behavioral therapy in the treatment of cigarette smoking. *Archives General of Psychiatry*, 55, 683-690.
- Hatsukami, D.K. y Hughes, J.R. (1984). Tobacco withdrawal symptoms: An experimental analysis. *Psychopharmacology*, 84, 231-236.
- Hughes, J.R. (1988). Clonidine, depression, and smoking cessation. *Journal of the American Medical Association*, 259, 2901-2902.
- Hughes, J. (1996). The future of smoking cessation therapy in the United States. *Addiction*, 91, 1797-1802.
- Kaelber, C.T., Moul, D.E. y Farmer, M. (1995). Epidemiology of depression. En E.E., Beckham y W.R. Leber (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 3-35). Nueva York: The Guilford Press.
- Kendler, K.S., Neale, M.C., MacLean, C.J., Heath, A.C., Eaves, L.J. y Kessler, R.C. (1993). Smoking and major depression: A causal analysis. *Archives of General Psychiatry*, 50, 36-43.
- Kessler, R., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. y Kendler, K. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kinnunen, T., Doherty, K., Militello, F.S. y Garvey, A.J., (1996). Depression and

- smoking cessation: Characteristics of depressed smokers and effects of nicotine replacement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 791-798.
- Kinnunen, T., Henning, L. y Nordstrom, B.L. (1999). Smoking cessation in individuals with depression. *CNS Drugs*, 11, 93-103.
- Lerman, C., Audrain, J., Orleans, C.T., Boyd, R., Gold K., Main, D. y Caporaso, N. (1996). Investigation of mechanisms linking depressed mood to nicotine dependence. *Addictive Behaviors* 21, 9-19
- Plan Nacional sobre Drogas (1997). *Encuesta domiciliaria sobre uso de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Salive, M.E. y Blazer, D.G. (1993). Depression and smoking cessation in older adults: A longitudinal study. *Journal of American Geriatric Society*, 41, 1313-1316.
- Stage, K.B., Glassman, A.H. y Covey, L.S. (1996). Depression after smoking cessation: Case reports. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 467-469.
- Swan, G.E., Denk, C.E., Parker, S.D., Carmelli, D., Furze, C.T. y Rosenman, R.H. (1988). Risk factors for late relapse in male and female ex smokers. *Addictive Behaviors*, 13, 253-256.
- Swan, G., Ward, M. y Jack, L. (1996). Abstinence effects as predictors of 28-day relapse in smokers. *Addictive Behaviors*, 21, 481-490.
- Tsoh, J., Humfleet, G.L., Muñoz, R.F., Reus, V.I., Manderscheid, P. A., Hartz, D. y Hall, S.M. (en revisión). Development of major depression following smoking cessation treatment.
- Vázquez, F. y Becoña, E. (1998a). ¿El hábito de fumar tiene relación con la depresión? *Psicothema*, 10, 229-239.
- Vázquez, F.L. y Becoña, E. (1998b). Treatment of major depression associated with smoking cessation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 507-508.
- Vázquez, F.L. y Becoña, E. (1999). Depression and smoking in a smoking cessation programme. *Journal of Affective Disorders*, 55, 125-132.
- Vázquez, F.L., Becoña, E. y Míguez, M.C. (en revisión). *Depresión and anxiety in a behavior program for smoking cessation*.
- Watson, D., Clark, L.A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Zelman, D., Brandon, T., Jorenby, D. y Baker, T. (1992). Measures of affect and nicotine dependence predict differential response to smoking cessation treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 943-952.

Correspondencia:

Fernando L. Vázquez

Universidad de Santiago de Compostela. Facultad de Psicología.

Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología.

15706 Campus Universitario Sur. Santiago de Compostela, Galicia.

E-mail: pcfer@uscmail.usc.es

CONTROL PERCEPTION AND COPING BEHAVIOR IN ABSTINENCE IN ALCOHOLICS

Isabel Vielva[†]

Ioseba Iraurgi

*Instituto Deusto de Drogodependencias. Universidad de Deusto.
Módulo de asistencia psicosocial de Rekalde, Bilbao*

ABSTRACTS

The aim of the study is to determine which factors are associated with abstinence in alcoholics. Observational and cross-sectional studies were carried out to study the relationships between causal attributions, self-efficacy and locus of control expectancies, and coping behavior in the problem of alcohol abuse, on the one hand, and abstinence, on the other. Chronicity and background variables are also analyzed. Participants were 201 alcoholics in outpatient treatment. Correlation analysis revealed close relationship among the psychological variables, as well as between these variables and abstinence: longer periods of abstinence were associated with more positive causal attributions, higher self-efficacy, internal locus of control, and more active coping behavior. A hierarchical regression analysis was also performed, showing that certain attributions, self-efficacy, and locus of control accounted for abstinence, but coping did not. Background did not reveal any association, but attending treatment and self-help groups, such as Alcoholics Anonymous, did. Because of their relationship, it is suggested that cognitive variables should be enhanced in treatment.

Key-words: Attributions, Self-efficacy, Locus of control, Coping, Abstinence, Alcoholism.

Note: In memoriam to Isabel Vielva, the first author. Today is not with us, but her work and friendship will last always.

RESUMEN

El objetivo del estudio es encontrar factores asociados a la abstinencia. Para ello, se ha realizado un estudio observacional, transversal en el que se analiza la relación entre las atribuciones causales, las expectativas de autoeficacia y de lugar de control y la conducta de afrontamiento ante el problema de alcoholismo, por un lado, y la abstinencia, por otro, en una muestra de 201 alcohólicos en tratamiento ambulatorio. Se analizan también variables sociodemográficas y de cronicidad. Los análisis de correlación revelan una relación estrecha entre las variables psicológicas entre sí y con la abstinencia: cuanto mayor es el tiempo de abstinencia, más positivas son las atribuciones causales, mayor es la autoeficacia, mayor es el lugar de control interno y más activo es el afrontamiento. Posteriormente se llevó a cabo un análisis de regresión múltiple, que mostró que algunas atribuciones, la autoeficacia y el lugar de control explicaban por sí solas la abstinencia, no así el afrontamiento. Las variables sociodemográficas no resultaron tener una asociación significativa, pero sí la asistencia al tratamiento y a grupos de autoayuda. Debido a las implicaciones que tienen estas variables en el curso y pronóstico de la dependencia, se sugiere que se tengan en cuenta las variables cognitivas en el tratamiento del alcoholismo.

Palabras Clave: Atribuciones, Auto-eficacia, Locus de control, Afrontamiento, Abstinencia, Alcoholismo

INTRODUCTION

Abstinence is a primary goal of treatment for alcoholism, but also one of the main problems. Giving up alcohol, resisting the desire to drink for weeks or even for months is relatively easy; what is more difficult is to maintain the abstinence without relapses. Several studies in the literature indicate a high rate of relapses in addictions treatment (Connors, Maisto & Zywiack, 1996).

The frequency and the severity of relapse require an explanation in order to discover which factors are associated with its presence or absence. With the aim of contributing to the identification of these factors, several cognitive and behavioral aspects have been analyzed in this study: control perception -which includes causal attributions, self-efficacy and locus of control expectancies- and coping behavior.

Control perception is a cognitive variable, defined here as a set of beliefs held by alcoholics about their ability to resist urges to drink and overcome dependence. Coping is a cognitive-behavioral variable that refers to the efforts and actions performed by alcoholics to manage or overcome their problem. The first variable represents what the alcoholic think, the second one what they do. Both factors are important pieces of the puzzle called "recovery".

It is often observed in clinical settings that many alcoholics who relapse doubt their ability to maintain abstinence when they experience craving or they must cope with problematic situations. As a result of these observations, several authors wondered whether beliefs about addiction and about the ability to deal with it might condition the alcoholic's evolution. More specifically, beliefs such as "I can maintain abstinence", or its opposite, "I cannot resist the urge to drink", and "it is beyond my control to overcome my dependence" might influence the way alcoholic cope with their problem and therefore condition treatment outcome.

This proposal has been confirmed in literature, with some limitations. Most of the works have studied "control perception". They have focused broadly on the locus of control (Koski-Jannes, 1994; Mariano et al., 1989; Prasadarao, & Mishra, 1992; Strom & Barone, 1993) or on self-efficacy expectancies (Annis & Davis, 1988; Burling et al., 1989; Connors, Maisto & Zywiak, 1996; DiClemente, Fairhurst & Piotrowski, 1995; Goldbeck, Myatt & Aitchison, 1997; Long et al., 1998; Ross et al., 1989; Rounds et al., 1997). As hypothesized, results tend to show significant associations between internal locus of control, or high self-efficacy, and duration of abstinence, treatment attendance and maintaining sobriety three, six or twelve months after treatment. It is assumed that clients with positive personal judgements spend more effort and are more persistent in dealing with their alcohol dependence. In spite of this, there are also studies which neglect this relation between self-efficacy and outcome (Langenbucher, et al., 1996; Mayer & Koeningsmark, 1991).

According to the literature, expectancies are an important predictor of treatment outcome. However, most of the studies have not examined the source of these expectancies. Why does one alcoholic have a high expectancy of remaining abstinent while another does not? The attributional approach offers some answer. Marlatt and Gordon (1985) were among the first researchers to use this approach to explain the process of relapse, more specifically, why an initial lapse leads to a full-blown relapse. They proposed an alcoholic's causal explanation for a lapse

would either increase or decrease the probability of a relapse. If the lapse was attributed to an internal, stable, and uncontrollable cause (for example: "I am an alcoholic and will never stop being one", or "I do not have will power"), then the individuals would experience feelings of blame and hopelessness and expectancies of failure, which would increase the probability of relapse. On the contrary, if the lapse was attributed to internal, controllable, and unstable causes ("not having coped well with the situation"), then the probability of relapse would decrease. This attribution maintains the alcoholic's confidence in being able to resist the urge to drink the next time.

Although Marlatt's work has received much attention, it focused on relapse crisis (Marlatt & Gordon, 1985). In the present study, we attempt to extend attributional analysis to the whole process of recovery, attending to the successes as well as to the failures experienced by alcoholics in their attempts to give up drinking.

To a great extent, the way individuals think, in terms of expectancies or attributions, determines the way they behave. Coping behavior is widely recognized as a crucial variable in the treatment, in the sense that, unless the problem is actively faced, it cannot be solved. Clients who cope, adopting cognitive and behavioral responses to deal with their problem, are more likely to be abstinent (Brown et al., 1995; Connors, Maisto & Zywiak, 1996; Ito & Donovan, 1990; Miller et al., 1996; Moser & Annis, 1996; Shiffman, 1987).

Most of the studies focusing on cognitive-behavioral variables have not tested the relation between attributions, expectancies, coping, and abstinence at the same time. In the present study, we attempt to achieve the following goals: 1) to test the relations between these psychological variables, 2) to determine the effect of each variable to abstinence, and 3) to extend the attributional approach to successes and failures in giving up drinking.

METHOD

Sample

The sample was made up of 201 participants diagnosed as alcoholics in accordance with the DSM-III-R criteria (American Psychiatric Association, 1987). They also had positive scores in the Short Michigan Alco-

holism Test (Selzer, Vinokur & van Rooijen, 1975) -average score: 8,3; standard deviation (SD): 2,3. All of them met the following inclusion criteria: having alcoholism disorder as a primary diagnosis; not being diagnosed as having any cerebral organic syndrome; not having any other addiction; and agreeing to abstinence as a treatment goal.

Most of the subjects were men (80,1%); the mean age was 42,6 years (SD: 9,2); 32,5% had primary studies, 51% secondary studies, and 16,5% had a college degree or its equivalent; slightly more than half (55,2%) were employed, 24,1% were unemployed, and the rest was retired; 64,7% were married. The mean duration of the problem was 144,3 months (SD: 103,3 months; median: 120 months); and the mean duration of current medical treatment was 36,2 months (SD: 56,3 months; median: 12 months). Half of the subjects (50,5%) were attending Alcoholics Anonymous, mean attendance time was 42,6 months (SD: 54,1; median: 23 months). Most of the participants (90%) had experienced several failures in their attempts to give up drinking.

Procedure

We requested the participation of the mental health centers of a particular geographical area (Bajo Ibaizabal, province of Vizcaya). Almost all of the centers (nine) and two self-help groups (Alcoholics Anonymous and Golden Cross) agreed to collaborate in the research. The participation was voluntary. Participants were interviewed individually by one of the authors at their respective centers. We administered a battery of questionnaires and asked about their present period of abstinence.

Material

The questionnaires employed were adapted to the Spanish sample. Their psychometric properties were explored by factor analysis (principal components and orthogonal rotation), Cronbach's alpha, and convergent, concurrent, and predictive validity tests, all of which provided adequate results. They are described in detail elsewhere (Vielva, 1994; Vielva, Llorente & Annis, 1997).

Causal Dimension Scale II (CDS II; McAuley, Duncan & Russell, 1992). This scale shows whether the causes attributed by alcoholics to their periods of abstinence and relapses are internal/external, stable/unstable and controllable/uncontrollable. The authors distinguished between

internal controllability and external controllability, which, in both cases, indicates that the outcome is under control. In the first case, control is exerted by the person him- or herself; in the second case, by others. This difference was made so as to distinguish external controllability from uncontrollability. The four factors revealed by factor analysis –locus, stability, internal control and external control– obtained alpha values between 0,88 and 0,91.

The Alcohol Confidence Questionnaire (ACQ; Annis & Graham, 1988). This questionnaire indicates the alcoholic's confidence about being able to resist the urge to drink in high-risk situations. It has one factor with an alpha of 0,96.

The Drinking Related Internal-External (DRIE; Donovan & O'Leary, 1978). This scale provides information on the alcoholic's belief about whether giving up drinking is under or beyond control. No factor analysis was carried out because of the dichotomic responses. It has an alpha of 0,83.

The Life Situations Inventory (Feifel & Strack, 1989). This instrument, adjusted to the purpose of the study, reveals whether alcoholic individuals cope in an active way with the problem, whether they avoid it, or resign themselves to it. Factor analysis yielded three factors –active coping, avoidance, and resignation– with alpha values ranging from 0,65 to 0,76.

Abstinence, a variable related to treatment outcome, was defined as the uninterrupted period of time during which the alcoholic did not consume any alcohol. This variable was considered continuous, computing the time (in months) without alcohol consumption. Relapse was defined as the consumption of alcohol during the six months following the administration of the questionnaires.

RESULTS

Background and chronicity variables and abstinence.

The mean time of abstinence was 13,7 months, with a standard deviation of 17,1. Association coefficients revealed no relations between age, sex, study level, labor status, and civil status (coefficients were non significant, $p > 0,10$). On the other hand, a relationship between alcohol consumption variables and abstinence was observed: the longer the dura-

tion of the problem ($r=0,26$; $p<0,001$), and the longer the time in medical treatment ($r=0,16$; $p<0,05$), and attending self-help groups ($r=0,80$; $p<0,001$), the longer was the period of abstinence.

Causal attributions, self-efficacy, locus of control expectancy and coping.

As seen in Table 1, Pearson correlations were calculated to test the relationship between these variables. The results show important correlations between most of them.

Regarding attributions, the more strongly an individual believed that abstinence was under personal control and was stable, the higher were self-efficacy and internal locus of control, and coping with the problem was more active, and resignation was less frequent. Likewise, the more it was believed that relapse could be avoid (under control) and very unusual (very unstable), the higher were self-efficacy and internal locus of control expectancies, coping was the more active, and avoidance and resignation were less frequent.

In regard with expectancies, there was a high correlation between self-efficacy and locus of control: the greater confidence about being able to resist drinking, the more internal locus of control over drinking problem. There was also an association between expectancies and coping: higher self-efficacy and more the internal locus of control were associated with more active coping and less frequent resignation and avoidance.

Lastly, active coping was related to expectancies and to some attributions.

Psychological variables and abstinence.

In Table 1 can be seen the associations between various psychological variables and abstinence. More positive attributions (in the terms described above) were associated with longer periods of abstinence, as were higher self-efficacy and more internal locus of control. Active coping behavior was associated with longer periods of abstinence.

However, the relation found between chronicity and psychological variables and abstinence makes one wonder whether the relationship between psychological variables and abstinence is due to the influence of the other variables. In order to assess the relative roles of chronicity and psychological variables in the abstinence duration, multiple regression analyses were carried out, using a hierarchical method (see Table 2).

TABLE 1
Correlation between psychological variables and abstinence duration

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1 Locus of control	---													
2 Self-efficacy	-0,62***	---												
3 AA Locus	-0,03	0,07	---											
4 AA Internal Control	-0,31***	0,35***	0,57***	---										
5 AA External Control	0,09	-0,08	-0,36***	-0,15*	---									
6 AA Stability	-0,43***	0,60***	0,18**	0,53***	-0,03	---								
7 RA Locus	-0,22**	0,19**	0,20**	0,23***	-0,07	0,16*	---							
8 RA Internal Control	-0,46***	0,39***	0,27***	0,55***	-0,18**	0,55***	0,31***	---						
9 RA External Control	0,33***	-0,28***	-0,16*	-0,16*	0,39***	-0,24***	-0,27***	-0,23***	---					
10 RA Stability	0,54***	-0,66***	-0,03	-0,33***	0,13	-0,50***	-0,21**	-0,40***	0,45***	---				
11 Active coping	-0,24***	0,42***	0,03	0,16*	0,02	0,28***	0,06	0,23***	-0,13	-0,26***	---			
12 Avoidance coping	0,24***	-0,19**	0,13	0,05	0,10	-0,11	-0,10	-0,10	0,23***	0,18**	-0,04	---		
13 Resignation coping	0,47***	-0,43***	0,04	-0,17**	-0,05	-0,31***	-0,06	-0,24***	0,24***	0,35***	-0,30***	0,21***	---	
14 Abstinence time	-0,17*	0,38***	0,00	0,19**	0,11	0,26***	0,09	0,19**	-0,12	-0,42***	0,25***	-0,11	-0,13	---
Mean	29,57	81,25	11,91	12,06	9,88	11,76	12,73	11,65	7,38	6,81	34,14	19,22	6,60	18,88
Standard Deviation	4,10	17,34	2,71	2,70	3,62	2,72	2,51	2,74	3,35	2,84	4,95	6,83	2,78	30,75
N	222	196	199	198	200	199	200	200	199	200	200	197	195	201

AA: Abstinence attributions *Correlation greater than 0,15 or less than -0,15 significant at p<0,05

RA: Relapse attributions

TABLE 2
Hierarchical regression of abstinence duration
on independent variables

Variables ^a	Standardized Regression Coefficients (beta)			
	MODEL 1	MODEL 2	MODEL 3	MODEL 4
Background variables				
Age	0,06	0,02	-0,10	
Gender (man)	0,13	0,11	0,15*	0,16*
Civil Status (married)	0,04	0,04	0,03	
Education level				
(secondary)	-0,04	-0,07	-0,06	
(Collage studies)	-0,01	-0,07	-0,06	
Work Status (employed)	-0,14	-0,11	-0,10	
Chronicity variables				
Problem duration		0,11	0,10	
Medical treatment duration		0,11	0,15*	0,20*
Self-help group participation (yes)		0,24**	0,20**	0,21**
Psychological variables				
Locus of control (expectancy)			0,34**	0,35**
Self-efficacy			0,29**	0,34**
Abstinence locus attributions			0,24*	0,22**
Abstinence internal control attributions			-0,02	
Abstinence external control attributions			0,26*	0,24*
Abstinence stability attributions			-0,01	
Relapse locus attributions			0,04	
Relapse internal control attributions			0,04	
Relapse external control attributions			0,08	
Relapse stability attributions			-0,24*	-0,26**
Active coping			-0,00	
Avoidance coping			-0,02	
Resignation coping			0,01	
Adjusted R2	0,002	0,11	0,24	0,27
F	1,07	2,98**	3,06***	8,88***

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

a.- Parenthesis indicate the group coded as 1 for dummy variables

Note: Model 4 was obtained by stepwise method.

Model 1 includes background characteristics such as age, sex, civil status (married versus unmarried), educational level (primary, secondary and collage studies), and work status (employed versus unemployed). Model 2 adds chronicity variables: problem duration, duration of medical treatment, and use of self-help group (participation versus no participation). Model 3 incorporates all of the psychological factors. Lastly, Model 4 present the final results of a step-wise regression.

Model 1 was not significant ($F_{(6,141)} = 1,07$; $p = 0,3821$); none of the background variables included in the model accounted for abstinence ($R^2 = 0,002$). Inclusion of chronicity variables (Model 2) increased the variance accounted for ($R^2 = 0,11$), but this was only due to the use of self-help group ($\beta = 0,24$; $p < 0,01$). Inclusion of psychological variables in the next step (Model 3) increased the power of sex (being a man, $\beta = 0,15$; $p < 0,05$), and duration of medical treatment ($\beta = 0,16$; $p < 0,05$), to account for the variance, while the contribution of attending a self-help group was maintained. Among the psychological variables related to abstinence were locus of control expectancy ($\beta = 0,34$; $p < 0,01$), self-efficacy ($\beta = 0,29$; $p < 0,01$), and locus and control attributions of success ($b = 0,24$ and $\beta = 0,26$, respectively; $p < 0,01$). On other hand, stability of failure was negatively associated with abstinence ($\beta = -0,24$; $p < 0,05$). When controlling the effect of all variables, the relation revealed in the Pearson correlation between active coping behavior and abstinence was lost. Model 4, obtained by the step-wise method, unites the contribution of the significant variables in Model 3, increasing the variance accounted for, which goes from $R^2 = 0,24$ in Model 3 to $R^2 = 0,27$ in Model 4.

DISCUSSION

The present research attempts to test the relationship between control perception, coping behavior, and abstinence in alcoholism treatment. The aim is to identify factors that facilitate the maintenance of abstinence. This general aim is divided into several specific goals.

Firstly, to confirming the associations between the cognitive variables included under the concept "control perception": causal attributions -beliefs about the past- and self-efficacy and locus of control expectancies -beliefs about the future. The reason of including attributions is their relationship with these expectancies. In spite of their importance, there is little research about their source. Why do some alcoholics have high expectancies and others have low ones?

According to Weiner's attribution model (1986), the relation "attributions and expectancies" is very close: what is expected from the future depends on what has happened in the past and how it was explained. There is a link between past and future, and determining this link allows us to understand expectancies and behaviors. According to this theory and to the work developed by Marlatt (Marlatt & Gordon, 1985), in this research, we proposed a close relationship between causal attributions of the successes and failures in treatment (periods of abstinence and relapse, respectively) and expectancies. And the results obtained confirm this relationship.

The alcoholics who attributed their abstinence to stable and controllable causes expected to go on maintaining abstinence in the future, that is, they had high self-efficacy and internal locus of control over drinking. This expectancy was also maintained if they believed that relapse, if it occurred, was isolated or remote (unstable) and that it could be avoided (controllable). On the contrary, the alcoholics who believed that abstinence was unstable and hardly controllable had little confidence about being able to resist the urge to drink, and felt powerless. And they had the same low expectancies if they considered relapse to be chronic and uncontrollable.

Secondly, we tested the relationship between alcoholic's control perception and their coping behavior when faced with the problem. The results obtained confirm this relationship. Beliefs about the possibility of achieving a goal do condition the way a person copes with the situation or problem. The alcoholics who made positive attributions (stable, controllable attributions about abstinence and unstable, controllable attributions about relapses) and who held high control expectancies (self-efficacy and internal locus of control) coped more actively with their problem. On the contrary, the alcoholics who made negative attributions (unstable and uncontrollable attributions about abstinence and stable and uncontrollable attributions about relapses) and who held low expectancies, behaved in a more passive way, avoided coping with their problem, or became resigned to it.

Thirdly, we tested empirically whether control perception and coping were associated with abstinence. Our results confirmed the hypothesis. Alcoholics who maintained abstinence for shorter periods of time were characterized as follows: they attributed abstinence to more unstable and uncontrollable causes, such as having been in bed, being under another person's surveillance, or taking medication. They attributed relapse to

more stable and uncontrollable causes, such as suffering from alcoholism or lack of will power. Therefore, they felt less confident (low self-efficacy) about resisting the urge to drink in high-risk situations, and they believed themselves to be the victims of situations that were beyond their control (external locus of control). The opposite was observed with the alcoholics who had undergone longer periods of abstinence. These individuals attributed abstinence and relapse, if it occurred, to positive causes and held high expectancies of recovery.

The results obtained in this study confirm those reported by several studies referring to attributions (Collins & Lapp, 1991; Grove, 1993; Schmitz, Rosenfarb & Payne, 1993; Stephens et al., 1994; Walton, Castro & Barrington, 1994), to locus of control (Koski-Jannes, 1994; Mariano et al., 1989; Strom & Barone, 1993), and self-efficacy expectancies (Annis & Davis, 1988; Burling et al., 1989; Connors, Maisto & Zywiak, 1996; DiClemente, Fairhurst & Piotrowski, 1995; Goldbeck, Myatt & Aitchison, 1997; Long, et al., 1998; Ross et al., 1989; Rounds et al., 1997).

With regard to coping, and according to some studies (Brown et al., 1995; Connors, Maisto & Zywiak, 1996; Ito & Donovan, 1990; Moser & Annis, 1996; Miller et al., 1996; Shiffman, 1987), current research confirms its relationship with outcome treatment: alcoholics who had undergone longer periods of abstinence coped more actively with their problem than those who had undergone shorter periods (i.e., the former tried to learn more about their problem and understand it, tried to do "something" to recover, etc). This attitude makes it easier to resist the urge to drink and facilitates recovery from alcoholism, which, in practice, result in long periods of abstinence.

With regard to the background variables, our results confirm those obtained in other studies (Finney & Moos, 1992; Glenn & Parsons, 1991). The relationship between these variables and abstinence is weak, when not nonexistent, and, since little can be done to modify these variables, the studies do not offer relevant information about treatment.

As expected, medical treatment and self-help groups are significantly related to abstinence, especially attending self-help groups. Attending these therapies should be considered a protective factor against relapse. Alcoholics who continue to maintain periodic contact with their therapist and/or to attend self-help groups are more likely to assume and cope well with their problem than those who leave treatment. These conclusions about the important role of the treatment in the alcoholic's recovery, especially the role of self-help groups, confirm the results

obtained by several authors (Hopson & Beard-Spiller, 1995; Ito & Donovan, 1990; Morgenstern et al., 1997).

Summing up, several hierarchical regression analyses were carried out to test whether the relationship between psychological variables and abstinence was maintained when controlling the possible effect of background and chronicity variables. The results partially confirm that cognitive variables alone account for abstinence. Having control expectancies over addiction (internal locus of control and self-efficacy) is associated with abstinence and helps to account for it. Both expectancies are, in fact, the most powerful among all the psychological variables to account for abstinence. Making certain positive attributions about one's successes and failures in treatment also account for outcome, which confirms a close relationship between causal attributions and expectancies. However, not all the causal dimensions influence abstinence. According to Weiner (1986), stability does, although it is related to failure. Attributing relapse to stable causes is the most devastating interpretation alcoholics can make to explain their treatment failures. This is not surprising because this thought decreases or cancels the expectancy of recovery. With regard to the locus dimension, although unexpected, attributing abstinence to internal factors (will power, ability, effort) account for abstinence, due to the sense of confidence generated by this attribution. The stability dimension may also combine with the locus dimension: in addition to being internal, the above-mentioned causes are also stable. This might explain why abstinence stability does not seem to explain treatment outcomes. Even so, causal attributions (at least some of them) account for abstinence.

However, coping behavior, by itself, does not account for abstinence. When the effects of other variables were controlled, coping failed to account for abstinence. This result can be interpreted in two ways: on the one hand, studies which support the importance of this variable have used other instruments, which usually ask subjects about the way they cope with their relapse crises and offer a great variety of coping behaviors. The questionnaire used in this paper asks alcoholics about the way, the style with which they cope with their alcoholism problem. These differences may be responsible for the fact that coping variable, in itself, does not account for abstinence. On the other hand, a second interpretation might be that all the alcoholics in our sample considered that they were coping with their problem in a more or less active way. That is, all of them were attending medical treatment or self-help groups, taking

medication, and were informed about the problem, etc. Therefore, the difference between alcoholics who maintained abstinence for longer periods and those who maintained it for shorter periods may not be in the way they overtly cope with the problem (coping style), but rather in the confidence with which they cope, their determination, and the assurance with which they behave. And this "qualitative" difference is not well reflected in a coping instrument, but in one which measures control perception. Not only is it important for the alcoholic to adopt an observable active behavior towards the addiction, but also to really believe that he or she is capable of overcoming the problem.

CONCLUSIONS AND THERAPEUTIC IMPLICATIONS

The conclusions that can be drawn from of this research advocate the consideration of cognitive-behavioral variables, among others, in the alcoholic's treatment. Control perception over an addiction problem is related to and account for the maintenance of abstinence. Positive causal attributions of abstinence and relapse and high control expectancies about recovery are characteristics of alcoholics who achieve long periods of abstinence. Of the two variables, expectancies seem to be the most powerful in relation to outcome treatment.

There are several reasons for considering control perception in the alcoholic's treatment. Firstly, because it affects the determination with which the alcoholics copes with their problem. If the alcoholic doubts the possibility of recovery, it will be difficult to achieve. Control perception prevents alcoholics from feeling victimized and hopeless, motivating them to action and making success more likely.

Secondly, control perception involves a sense of responsibility, not for the cause of the problem, but for its solution. Given that we usually assume responsibility for what is under our control and avoid responsibility for what is beyond it, the possibility that something can be done should be emphasized. Only this way will a person make the effort and mobilize the necessary resources.

And thirdly, having a sense of personal control over the problem and coping actively with it are personal, internal psychological resources that are the main guarantee for recovery. Nobody can stop drinking for the alcoholic. The prompt intervention of a professional or relative, surveillance, admission into hospital, taking medicine, etc., although essential

in the first phase of treatment, do not guarantee that an alcoholic is going to give up drinking. What guarantees this is that the alcoholic believes he or she is capable of doing it, knows how to do it, and wants to do it.

In relation to control beliefs, though it is important to develop them, it is just as important for them to be realistic and in accordance with the alcoholics' evolution and skills. To feel oneself to be the victim of circumstances that cannot be changed is just as negative as to think that one has the problem under control before the proper time and without suitable preparation. This illusion of control may lead to being overconfident and not taking the necessary precautionary measures in high-risk situations, an attitude that increases the risk of relapse. The development of control perception must therefore be realistic and gradual, increasing as treatment continues favorably. Only in this way can it function as a variable that facilitates the maintenance of abstinence.

BIBLIOGRAPHY

- Annis, H.M. & Davis, C.S. (1988). Self-efficacy and the prevention of alcoholic relapse: Initial findings from a treatment trial, in: T.B. Baker & D.S. Cannon (Eds.). *Assessment and treatment of addictive disorders*, pp. 88-111. New York: Praeger.
- Annis, H.M. & Graham, J.M. (1988). *Situational Confidence Questionnaire (SCQ-39): User's Guide*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (Third Edition, Revised). Washington DC, Author. (Spanish version: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-III-R. Barcelona: Masson).
- Brown, S.A., Vik, P.W., Patterson, T.L. & Grant, I.G. (1995). Stress, vulnerability and adult alcohol relapse. *Journal of Studies on Alcohol*, 56, 538-545.
- Burling, T., Reilly, P.M., Moltzen, J.O. & Ziff, D.C. (1989). Self-efficacy and relapse among impatient drug and alcohol abusers: A predictor of outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 354-360.
- Collins, R.L. & Lapp, W.M. (1991). Restraint and attributions: Evidence of the abstinence violation effect in alcohol consumption. *Cognitive Therapy Research*, 15, 85-100.
- Connors, G.J., Maisto, S.A. & Zywiak, W.H. (1996). Understanding relapse in the broader context of post-treatment functioning. *Addiction*, 91 (Supplement), 173-189.
- DiClemente, C.C., Fairhurst, S.K. & Piotrowski, N.A. (1995). Self-efficacy and addictive behaviors, in: J.E. Maddux (Ed.). *Self-efficacy and addictive behaviors*, pp. 109-140. New York: Plenum Press.

- Donovan, D.M. & O'Leary, M.R. (1978). The Drinking Related Locus of Control Scale: Reliability, factor structure and validity. *Journal of Studies on Alcohol*, 39, 759-784.
- Feifel, H. & Strack, S. (1989). Coping with conflict situations: Middle-aged and elderly men. *Psychology Aging*, 4, 26-33.
- Finney, J.W. & Moos, R.H. (1992). The long-term course of treated alcoholism: II. Predictors and correlates of 10 year functioning and mortality. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 142-153.
- Glenn, S.W. & Parsons, O.A. (1991). Prediction of resumption of drinking in post-treatment alcoholics. *International Journal of Addictions*, 26, 237-254.
- Goldbeck, R., Myatt, P. & Aitchison, T. (1997). End of treatment self-efficacy: a predictor of abstinence. *Addiction*, 92, 313-324.
- Grove, J.R. (1993). Attributional correlates of cessation self-efficacy among smokers. *Addictive Behaviors*, 18, 311-320.
- Hopson, R.E. & Beard-Spiller, B. (1995). Why AAworks: A psychological analysis of the addictive experience and the efficacy of Alcoholics Anonymous. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 12, 1-7
- Ito, J. & Donovan, D.M. (1990). Predicting drinking outcome: Demography, chronicity, coping, and aftercare. *Addictive Behaviors*, 15, 553-559.
- Koski-Jannes, A. (1994). Drinking-related locus of control as predictor of drinking after treatment. *Addictive Behaviors*, 19, 491-495.
- Langenbucher, J., Sulesund, D., Chung, T. & Morgenstern, J. (1996). Illness severity and self-efficacy as course predictors of DSM-IV alcohol dependence in a multisite clinical sample. *Addictive Behaviors*, 21, 543-553.
- Long, C.G., Hollin, C.R. & Williams, M.J. (1998). Self-efficacy, outcome expectations, and fantasies as predictors of alcoholics' posttreatment drinking. *Substance Use & Misuse*, 33, 2383-2402.
- Mariano, A.J., Donovan, D.M., Walker, P.S., Mariano, M.J. & Walker, R.D. (1989). Drinking-related locus of control and the drinking status of urban native Americans. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 331-338.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J. (1985). Relapse prevention. New York: Guilford Press.
- Mayer, J.E. & Koeningsmark, C.P.S. (1991). Self-efficacy, relapse and the possibility of posttreatment denial as a stage in alcoholism. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 8, 1-16.
- Mcauley, E., DUNCAN, T.E. & RUSSELL, D.W. (1992). Measuring causal attributions: The revised Causal Dimension Scale (CDS II). *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 566-573.
- Miller, W.R., Westerberg, V.S., Harris, R.J. & Scott, J.T. (1996). What predicts relapse? Prospective testing of antecedents models. *Addiction*, 91 (Supplement), 155-171.
- Morgenstern, J., Labouvie, E., Mccrady, B.S., Kahler, C.W. & Frey, R.M. (1997). Affiliation with Alcoholics Anonymous after treatment: A study of its therapeutic effects and mechanisms of action. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 768-777.
- Moser, A. & Annis, H.M. (1996). The role of coping in relapse crisis outcome: A

- prospective study of treated alcoholics. *Addiction*, 91, 1101-1114.
- Prasadarao, P.S. & Mishra, H. (1992). Drinking related locus of control and treatment attrition among alcoholics. *Journal of Personality and Clinical Studies*, 8, 43-47.
- Ross, S.M., Miller, P.J., Emmerson, R.Y. & Todt, E.H. (1989). Self-efficacy, standards, and abstinence violation: A comparison between newly sober and long-term sober alcoholics. *Journal of Substance Abuse*, 1, 221-229.
- Rounds, B., Jennifer, L., Flynn, P. & Craighead, L. (1997). Relationship between self-efficacy perceptions and in-treatment drug use among regular cocaine users. *American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 23, 383-395.
- Schmitz, J.M., Rosenfarb, I.S. & Payne, T.J. (1993). Cognitive and affective responses to successful coping during smoking cessation. *Journal of Substance Abuse*, 5, 61-72.
- Selzer, M.L., Vinokur, A. & Van Rooijen, L. (1975). A self-administered Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST). *Journal of Studies on Alcohol*, 36, 117-126.
- Shiffman, S. (1987). Maintenance and relapse: Coping with temptation, in: T.D. Nirenberg & S.A. Maisto (Eds.). *Developments in the assessment and treatment of addictive behaviors*, pp. 335-385. Norwood: Ablex Publishing Corporation.
- Stephens, R.S., Curtin, L., Simpson, E.E. & Roffman, R.A. (1994). Testing the abstinence violation effect construct with marijuana cessation. *Addictive Behaviors*, 19, 23-32.
- Strom, J. & Barone, D.F. (1993). Self-deception, self-esteem, and control over drinking at different stages of alcohol involvement. *Journal of Drug Issues*, 4, 705-714.
- Vielva, I. (1994). *Percepción de control y afrontamiento en el proceso de rehabilitación del alcohólico*. Doctoral dissertation published on microfilm. University of Deusto (Spain).
- Vielva, I., Llorente, J. & Annis, H.M. (1997). ACQ: Un instrumento que permite conocer la autoconfianza para resistir el deseo de beber en situaciones de riesgo. *Adicciones*, 9, 209-222.
- Walton, M.A., Castro, F.G. & Barrington, E.H. (1994). The role of attributions in abstinence, lapse, and relapse following substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 19, 319-331.
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer-Verlag.

Correspondencia:

Ioseba Iraurgi Castillo

Módulo de Asistencia Psicosocial de Rekalde

Camilo Villabaso, 24 lonja. 48002 Bilbao

Teléfono: 94 444 98 59-60

e-mail: iraugi@euskalnet.net

TRAUMA Y CONSUMO DE DROGAS EN PACIENTES ADMITIDOS EN SALAS DE EMERGENCIA DE DOS HOSPITALES GENERALES DE COSTA RICA

Julio Bejarano
Patricia Obando

*Departamento de Investigación, Instituto sobre Alcoholismo
y Farmacodependencia. Costa Rica.*

RESUMEN

Se conoce que el consumo de alcohol y otras drogas es un factor relacionado con la generación de eventos traumáticos. Este estudio evalúa dicha relación según se registró en las salas de emergencia de dos importantes hospitales generales ubicados en la ciudad de San José, Costa Rica. La recolección de la información se realizó mediante un cuestionario cuya finalidad fue detectar el consumo de alcohol y otras drogas durante las horas previas al ingreso hospitalario y recabar la opinión del médico tratante. El instrumento se administró a 1311 pacientes que acudieron o fueron llevados a los servicios de urgencia durante un período de dos semanas en el mes de Julio de 1998.

Las lesiones personales y las lesiones ocurridas en el hogar fueron los eventos más frecuentemente diagnosticados y en ambos el consumo de alcohol jugó un papel importante. Las sobredosis y los intentos de suicidio fueron más comunes en mujeres y estuvieron asociados especialmente al consumo de tranquilizantes y sustancias ilícitas. Se encontró una relación significativa entre la opinión del médico y el consumo de alcohol en las 6 horas previas al ingreso. Cerca de un 25% de los ingresos estaban relacionados con el consumo de alcohol, con un aumento sustancial durante los fines de semana.

ABSTRACT:

Alcohol and drug use are influential factors in the cause of trauma events, as well as a major cause of mortality and morbidity worldwide. This study evaluates the relationship between alcohol and drug use and trauma events registered in emergency rooms of two major local hospitals located in downtown San José, Costa Rica. An instrument was designed to register the most common trauma events occurring at emergency rooms related to recent alcohol and drug use, using self-report and physician's opinion, no BAC (Blood Alcohol Concentration) testing was used. The questionnaire was administered to 1311 patients who visited emergency rooms in a two-week period in July 1998.

The most frequent traumatic events were diagnosed as personal injuries and home-related injuries, in both cases, recent alcohol use played a significant role. Other events such as overdose and suicide attempt were more related to tranquilizers and illicit drug use, especially in young women. A significant relationship was found between the physician's opinion and alcohol use in the last 6 hours previous to the ER visit. Approximately 25% of all emergency visits were alcohol related, with a substantial increase during weekends.

INTRODUCCIÓN

La relación entre consumo de drogas, especialmente alcohol, y eventos traumáticos ha sido bien establecida. Una categoría de análisis mayor, que en este caso corresponde a violencia, sería más apropiada si se parte del hecho que prácticamente todo evento traumático puede ser considerado como una experiencia violenta.

El consumo excesivo de alcohol constituye un elemento común entre las víctimas de violencia. La indagación en las historias de los eventos traumáticos usualmente revela la presencia del alcohol como factor relevante.

El impacto del consumo de alcohol y drogas, y su relación con la generación de trauma, sobre el sistema de salud como un todo, es sumamente importante. En países industrializados, alrededor de un 45% de la totalidad de los accidentes de tránsito severos estaba relacionada con la ingesta de alcohol y constituye, al menos, una quinta parte de todas las lesiones atribuibles a accidentes de vehículo automotor (FARS

1993/1994). Otro estudio (Bailey, 1990) de la Universidad de California en San Diego, reveló que 65% de casi mil pacientes admitidos en la Unidad de Trauma dieron positivo para una o más drogas. La mitad de estos sujetos resultó positivo para alcohol, 20% para drogas ilícitas y un tercio para dos o más drogas, lícitas o ilícitas. La mayor parte tenía entre 21 y 30 años de edad.

En 1995, el 28% de todos los eventos registrados en salas de urgencias de los Estados Unidos de Norteamérica (NCADI, 1996) estaban relacionados con el consumo de drogas y la mayoría de las personas involucradas contaban con edades entre 26 y 34 años, mientras que en 4 de cada 10 eventos los sujetos tenían más de 35 años. En este caso, 52% de todas las experiencias traumáticas estaban asociadas con sobredosis. Dos años después, los casos por sobredosis disminuyeron a 49% (NCADI, 1999).

Una revisión de los estudios efectuados en salas de emergencia de distintas partes del mundo (Cherpitel, 1993) revela que el factor alcohol desempeña un papel relevante en las experiencias de trauma y su posterior atención en las salas de emergencias.

En América Latina también se han reportado casos de trauma relacionados con el consumo de drogas. En Venezuela (Piñeiro, Medina y Rojas 1998), 23,6% de los eventos traumáticos atendidos en salas de emergencia correspondió a sujetos, principalmente hombres, que resultaron con exámenes positivos de la presencia de drogas, especialmente cocaína. Otros estudios (Mota, 1993), han mostrado una alta frecuencia de consumo de cocaína por parte de individuos que recibieron heridas por arma de fuego o arma blanca. En Chile, en una cuarta parte de todos los sujetos atendidos en salas de urgencias había relación con el consumo de alcohol y en la mayor parte de ellos los accidentes de tránsito, los intentos de suicidio, homicidio y las sobredosis ocupaban un lugar central (CONACE, 1999). De manera semejante, en Colombia la intoxicación ética estaba presente en un 42% de las lesiones personales y en un 40% de los sujetos atendidos por traumas debidos a accidentes de tránsito (Torres 1993). En Costa Rica, un estudio realizado a mediados de los años ochenta (Madrigal, 1984) determinó la intermediación del factor alcohol en un 11% de los (2130) sujetos que fueron atendidos en la sala de emergencias de un hospital general.

En otros países, las medidas preventivas han tenido un significativo impacto en la reducción del consumo de drogas. Este es el caso de España, donde en un período de seis años hubo una importante reducción en los casos de trauma asociados a la ingestión de cocaína y opiáceos

(Observatorio Vasco de Drogodependencias 1998). No obstante, este tipo de experiencias, resultantes de la aplicación de medidas preventivas de largo plazo, son poco comunes. En la mayor parte de los países suele suceder precisamente lo contrario.

Junto al hecho de que la relación consumo de drogas y trauma contribuye de manera relevante en las estadísticas mortalidad, existe un efecto psicológico y social de largo plazo en las familias de las víctimas, así como un impacto económico significativo sobre los sistemas de salud.

El presente estudio busca estudiar la asociación entre el consumo de alcohol y otras drogas y la generación de trauma, mediante el análisis de datos provenientes de 1311 entrevistas realizadas por estudiantes avanzados de medicina durante un período de quince días y como parte de un proyecto del Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas (SIDUC), dirigido por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD, 1998) de la Organización de Estados Americanos (OEA). El propósito del proyecto es generar datos comparativos en el nivel del continente americano para comprender mejor la evolución del consumo de drogas y para la implementación de medidas de prevención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Muestra

La muestra la componían hombres y mujeres que ingresaron a las salas de emergencias de los Hospitales San Juan de Dios y Calderón Guardia durante las últimas dos semanas del mes de julio de 1998, las 24 horas del día, según procedimientos uniformes establecidos en la metodología del SIDUC. La escogencia de dos semanas se basó en el criterio de *período típico*, entendido como aquel en el cual las admisiones no se ven afectadas por circunstancias extraordinarias como las que suelen provocar ciertas celebraciones (Navidad, semana santa) u otras celebraciones (carnavales) con arraigo cultural en las que el consumo de sustancias aumenta sensiblemente.

Dos terceras partes de los sujetos entrevistados tenían edades comprendidas entre 15 y 39 años (Cuadro 1) y la muestra representa un 21% de la población total admitida (en las salas de emergencias se admitieron 6324 pacientes) durante el período en estudio.

CUADRO 1
 Características sociodemográficas de los pacientes admitidos por trauma en las salas de emergencia de los Hospitales San Juan de Dios y Calderón Guardia Costa Rica, Julio de 1998

VARIABLE	HOMBRE		MUJER	
	Absoluto (N=930)	Relativo (%)	Absoluto (N=381)	Relativo (%)
Edad				
Monos de 14 años	42	4.5	24	6.3
15 – 19 años	125	13.4	56	14.7
20 – 29 años	304	32.7	91	23.9
30 – 39 años	226	24.3	68	17.8
40 o más años	233	25.1	142	37.3
OCUPACIÓN				
Estudiante	121	13	64	16.8
Ama de casa	5	0.5	151	39.6
Obrero de construcción	88	9.5	2	0.5
Obrero de fábrica	49	5.3	10	2.6
Chofer	41	4.4	2	0.5
Profesional	22	2.4	19	5
Comerciante, oficinista	285	30.6	72	18.9
Agente de seguridad	38	4.1	1	0.3
Desempleado (*)	52	5.6	6	1.6
Desocupado (**)	83	8.9	32	8.9
Otro	143	15.4	19	5
NR	3	0.3	1	0.3
HOSPITAL				
San Juan de Dios	592	72	231	28
Calderón Guardia	338	69	150	31

(*) Desempleado: persona que no trabaja pero busca trabajo.
 (**) Desocupado: persona que no trabaja y no busca trabajo.

Las admisiones se clasifican según tipo: emergencias médicas, quirúrgicas y ginecoobstétricas. Durante el período de 15 días que abarcó el estudio, el 65% de las emergencias correspondieron a eventos traumáticos (Caja Costarricense de Seguro Social, 1998). En este estudio no se utilizó una muestra probabilística, ni se consideró la selección de un grupo control, dado que el procedimiento es parte de un sistema uniforme de

recolección de datos de aplicación ordinaria en países de Centroamérica y algunos de Sudamérica, con el objetivo de establecer un sistema de vigilancia para el monitoreo y diagnóstico del consumo de drogas y sus consecuencias. Este proyecto es patrocinado por la Organización de los Estados Americanos desde 1996.

Recolección de los datos

El principal criterio de selección de los sujetos fue la existencia de un evento traumático. Así, participaron en el estudio todos los pacientes que ingresaron a la sala de urgencias por accidente de tránsito, lesiones en el trabajo o el hogar, lesiones personales (incluyendo violencia doméstica), intento de suicidio y sobredosis. El cuestionario, diseñado por el SIDUC, se aplica en un lapso promedio de 10 minutos y permite determinar: día, hora, hospital, sexo, edad, ocupación, motivo de ingreso, impresión del médico y presencia o ausencia de consumo de drogas en las 6 horas previas al ingreso. Los estudiantes avanzados de medicina que recolectaron la información, cursaban en ese momento su rotación por el servicio y fueron entrenados por los directores médicos de cada sala.

La tasa de respuesta fue de 99%.

Análisis de los datos

La información fue analizada mediante el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS, v.6.0). Se utilizó el estadístico *chi-cuadrado* con un nivel de significancia de 0.05, diferencias de proporciones y análisis de variancia utilizando el análisis multivariado ANOVA. El análisis se realizó por género para enfatizar las diferencias.

RESULTADOS

De acuerdo con Cherpitel (1997), las lesiones que resultan de circunstancias vinculadas con la ingestión de alcohol varían grandemente dependiendo del tipo y localización de la sala de emergencias y, aún, de las diferencias regionales o de los patrones de bebida.

En este estudio se hallaron diferencias significativas en el número de ingresos a las salas de cada hospital. En el Hospital San Juan de Dios, el número de ingresos por accidentes de tránsito y accidentes laborales es

tres veces mayor que en el Hospital Calderón Guardia y dos veces mayor cuando se trata de lesiones personales e intentos de suicidio ($p < 0.0000$). Esta diferencia puede obedecer a que el área de atracción del Hospital San Juan de Dios es mayor que la del Calderón Guardia.

Hombres

Entre los varones hubo una fuerte representación de adultos jóvenes. Cerca de tres cuartas partes tenían menos de 40 años de edad y entre 20 y 24 se encontraba un 17%.

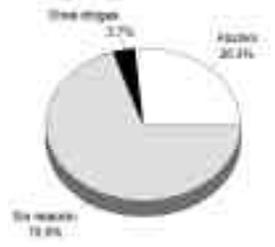
Un 9% estaba desempleado y no tenía intención de buscar trabajo, en tanto que 6% también lo estaba pero sí andaba tras una oportunidad de empleo. Una tercera parte de los individuos que se encontraban empleados no tenían educación profesional y, de manera interesante, los ingresos por intento de suicidio o sobredosis fueron más frecuentes entre los desempleados ($p < 0.0000$)

Tanto para hombres como para mujeres, la mayor parte de los ingresos en las dos salas de emergencias tuvieron lugar durante los fines de semana. Esta característica está asociada con el consumo abusivo de alcohol en sábados y domingos ($p < 0.0000$). Más de la mitad de los ingresos masculinos de fin de semana eran consecuencia de lesiones producidas en el hogar y lesiones personales ($p < 0.0000$) que tenían lugar entre las 12:00 y las 24:00 horas. A los accidentes de tránsito correspondió un 18% de todos los ingresos. Las lesiones personales y aquellas ocurridas en el ámbito del trabajo fueron más comunes entre individuos con edades entre 20 y 29 años.

La opinión del médico y el autoreporte de consumo por parte del paciente durante las últimas 6 horas están altamente relacionados ($p < 0.0000$), en especial cuando el consumo de alcohol fue lo que determinó el evento traumático.

FIGURA 1

Impresión del médico acerca de la relación entre el consumo de drogas y el evento traumático en hombres ingresados en las salas de emergencias. Hospitales San Juan de Dios y Calderón Guardia hospital Costa Rica, Julio de 1998.



En efecto, en este estudio se detectó una clara coincidencia entre la opinión del médico y todos los casos que reportaron algún consumo previo al ingreso hospitalario. En el caso del alcohol, la asociación más fuerte se halló para los sujetos con más de 40 años, donde la impresión del médico correspondía con el uso reciente de drogas.

Según se aprecia en el cuadro 2, el porcentaje de pacientes que reportaron consumo de alcohol en las 6 horas previas al ingreso es muy similar a la proporción de pacientes en quienes el médico había destacado una asociación con el consumo de drogas. La predominancia del alcohol sobre otras drogas es muy importante. Un patrón similar ha sido encontrado en otros países, sin embargo, existen importantes diferencias cuando las frecuencias se diferencian según tipo de sustancia utilizada.

Por ejemplo, en México, Barbados y República Dominicana, la impresión médica no correspondía con la frecuencia de pacientes que reportaban haber consumido drogas (CICAD, 1998), al considerar a hombres y mujeres al mismo tiempo (Cuadro 2).

Entre las drogas ilegales el "crack" ocupa el primer lugar y es utilizado más por varones ($p < 0.000$) que por mujeres. La mayor parte de los usuarios de esta sustancia eran adultos jóvenes, con edades entre 20 y 30 años, con excepción de aquellos que reportaron consumo de alcohol antes del ingreso, en cuyo caso se trataba de sujetos con más de 30 años.

CUADRO 2				
Autoreporte de consumo de drogas en las seis horas previas al ingreso a la sala de emergencias, según sexo.				
Hospitales San Juan de Dios y Calderón Guardia Costa Rica, Julio de 1998				
Droga	HOMBRE		MUJER	
	Absoluto (N=930)	Relativo (%)	Absoluto (N=381)	Relativo (%)
Ninguna	584	62.7	301	79.0
Alcohol	249	26.7	301	79.0
"Crack"	25	2.7	2	0.5
Otra	22	2.4	11	2.9
Tranquilizantes	14	1.5	18	4.8
Cocaína	11	1.2	2	0.5
Mariguana	9	1.0	3	0.8
Opiáceos	13	1.4	5	1.3
Anfetaminas	3	0.3	-	-

Más que en cualquier otro tipo de trauma, el mayor impacto del consumo de alcohol fue sobre las lesiones personales. Un 45% de los varones ingresados en las salas de urgencias reportaron consumo de alcohol en las 6 horas previas al ingreso por éstas, en tanto que la asociación entre consumo de alcohol y sobredosis (25%), accidentes de tránsito (15,7%) y heridas en el hogar (8%) fue bastante menor ($p < 0.000$); lo mismo aplica para el "crack". Estas frecuencias, no obstante, son superiores a las reportadas en centros de salud de Chile (CONACE, 1996).

Pese a que a las dificultades para hallar literatura que ilustre el papel del alcohol en las lesiones en el hogar y en el tiempo libre, continúa siendo importante destacar el hecho de que en este estudio tal tipo de lesiones tuvo un impacto muy significativo en los ingresos de hombres y mujeres a las salas de emergencia. Estudios realizados en las décadas de los años setenta y ochenta en Finlandia, Escocia y Tanzania (Honkanen, 1993; Roizen, 1989) sobre este tipo de lesiones revelaron una frecuencia del 36 al 40% en el primer país citado y de 13 al 15% en los dos restantes. Los análisis de causalidad efectuados en estos estudios mostraron que las caídas, cortaduras y otros accidentes en el hogar, sucedían principalmente a varones en edad productiva, con bajo nivel socioeconómico (Honkanen, 1993) y durante el tiempo de ocio. Hay fuerte evidencia de que el alcohol aumenta la severidad de las caídas desde escaleras (ver Cuadro 3).

CUADRO 3
Trauma asociado al consumo de alcohol en las seis horas previas al ingreso a las salas de emergencias, según sexo.
Hospitales San Juan de Dios y Calderón Guardia
Costa Rica, Julio de 1998

Motivo	HOMBRE		MUJER	
	Absoluto (N=249)	Relativo (%)	Absoluto (N=40)	Relativo (%)
Accidente de tránsito	39	15.7	6	15
Accidente laboral	9	3.6	-	-
Lesiones en el hogar	21	8.4	5	12.5
Lesiones personales	111	44.6	13	32.5
Intento de suicidio	5	2.0	1	2.5
Sobredosis	62	24.9	15	37.5
NR	2	0.8	-	-

Mujeres

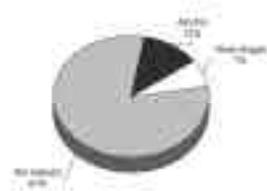
Alrededor de un tercio de todas las mujeres que ingresaron en las salas de emergencia tenían más de 40 años de edad y un 23,9% eran adultas jóvenes con edades entre 20 y 29 años. Cuatro de cada diez eran amas de casa, en tanto que una proporción menor se encontraba empleada (18,9%) o estaba desocupada (8,9%). Un 45% de los ingresos femeninos a las salas obedecieron a lesiones en el hogar y, de estas, 13% estaban relacionadas con el consumo de alcohol. En orden de importancia, las lesiones personales fueron el segundo más importante tipo de trauma (21%) y, entre estos, un 7% estaba asociado con el consumo de alcohol ($p < 0.000$).

Las sobredosis y los intentos de suicidio representan más del 10% de las mujeres que ingresaron en las salas de emergencias, lo cual duplica la proporción de hombres que ingresaron por los mismo motivos. Existe una mayor tendencia hacia cometer un intento de suicidio entre mujeres entre 15 y 19 años (43%). Las sobredosis fueron más frecuentes entre las mujeres con edades entre 20 y 29 y están significativamente asociadas con el consumo de alcohol ($p < 0.0000$).

Al igual que en el caso de los varones, la mayor parte de los eventos traumáticos en las mujeres ocurrieron durante los fines de semana y aquellos fueron, esencialmente, accidentes dentro del hogar, accidentes de tránsito y lesiones personales. Cerca de la mitad de los accidentes en el hogar ocurrieron en horas de la tarde, junto a un 39% de todas las lesiones personales en mujeres. La asociación entre la impresión del médico y el reporte de la paciente acerca de su consumo de alcohol es altamente significativa ($p < 0.000$). De todas las mujeres que ingresaron a las salas de urgencias, 21% reportó haber tomado bebidas alcohólicas en las 6 horas previas al ingreso ($p < 0.000$), en comparación con un 18% detectadas por el médico (ver Figura 2).

FIGURA 2

Impresión del médico acerca de la relación entre el consumo de drogas y el evento traumático en mujeres ingresadas en las salas de emergencias. Hospitales San Juan de Dios y Calderón Guardia hospital Costa Rica, Julio de 1998.



DISCUSIÓN

La asociación entre consumo de alcohol y trauma ha mostrado ser significativa en Costa Rica a finales de la década de los años noventa y quizás desde antes. Las estimaciones nacionales parecen guardar relación con las halladas en países industrializados, según estudios recientes. En efecto, ésta investigación muestra que el 25% de todos los eventos traumáticos estaba relacionado con el consumo de drogas (especialmente alcohol) ingeridas en las 6 horas previas al ingreso en el centro de salud. Esta información es comparable con los datos obtenidos sólo unos años antes en salas de emergencias de EEUU de Norteamérica donde de un 20 a un 37% (NIDA, 1989) de todos los eventos traumáticos estaban asociados con el consumo de alcohol y correspondieron a un 50% de todos los accidentes de tránsito y a un 20% de los intentos de suicidio.

En Costa Rica, las lesiones personales están significativamente asociadas con el consumo de alcohol y "crack" ($p < 0.0000$), mientras que los intentos de suicidio son treinta veces más frecuentes entre individuos que consumen tranquilizantes en exceso, que entre aquellos que no lo hacen ($p < 0.000$) y al presentar las mujeres un consumo más alto, exhiben una mayor frecuencia de intentos de suicidio.

Todo lo anterior resalta la importancia de considerar el desarrollo de medidas, junto a otras organizaciones vinculadas con el tema de la violencia e instituciones del sector salud, que ayuden a minimizar los actos de violencia durante los fines de semana como resultado del consumo excesivo de alcohol y la utilización de otras drogas. En este sentido, algunas alternativas de enfrentamiento serían una mayor regulación de las ventas de bebidas alcohólicas, campañas de prevención por los medios con énfasis en los problemas de consumo y otras conductas de riesgo vinculadas a la llegada del fin de semana (conducción temeraria de vehículos, exaltación y júbilo por los resultados de eventos deportivos, violencia doméstica, etc.) supresión de la publicidad durante los fines de semana y, en general, controles específicos sobre la misma. Cabe destacar el tema de la violencia doméstica, en la medida en que tal evento se da más frecuentemente durante los fines de semana y posiblemente es exacerbado por la ingesta de alcohol u otras drogas. Desafortunadamente, las lesiones por violencia doméstica son diagnosticadas en las salas de emergencias como lesiones personales, lo cual limita la posibilidad de medir la severidad y frecuencia de la misma.

Este estudio muestra un predominio masculino respecto de la ocurrencia de eventos traumáticos y su asociación con la utilización de drogas en las 6 horas previas al ingreso. No obstante, el consumo total de drogas, no es muy diferente entre hombres y mujeres, aunado al hecho que en mujeres jóvenes es mayor la experiencia de sobredosis e intento de suicidio, cuando hay presencia de alcohol.

Un aspecto posiblemente subestimado, pero no menos importante, son las implicaciones sobre la economía nacional de los eventos en estudio. Valga mencionar sobre este particular que de las emergencias totales registradas en los dos hospitales, una cuarta parte fueron eventos traumáticos y, de estos, 22% estaban asociados al consumo de alcohol (25% al consumo de alguna droga). A partir de esto es posible estimar que, durante el año, unos 10 mil individuos acudieron a unidades de emergencia debido a condiciones traumáticas en las cuales la ingestión de alcohol tuvo un papel significativo. Considerando el costo que tiene cada ingreso y asumiendo que cerca de un 10% de los sujetos permaneció hospitalizado al menos durante dos días, podría estimarse un costo anual de US\$660,000 en gastos médicos y de hospitalización en dos salas de urgencias. Esto adquiere mayor relevancia si se tiene en consideración el trauma relacionado con el consumo de drogas representa un 12% del costo que compartieron las unidades de ginecología y obstetricia en todo el sistema nacional de salud durante 1998.

En el contexto de los eventos traumáticos, cabe agregar que el impacto del consumo de alcohol sobre la expectativa de vida se equipara a la de los pacientes con cáncer o enfermedades cardiovasculares, dos de las principales causas de muerte en muchos países.

Todo lo anterior resalta la importancia de realizar pruebas de metabolitos en fluidos corporales para sustancias psicoactivas a todos los pacientes que ingresan a las unidades de urgencias por traumas. Una vez que el paciente es diagnosticado adecuadamente, podría tener lugar su referencia a una instancia que brinde una intervención oportuna que evite o elimine la posibilidad de episodios recurrentes.

Cabe finalmente destacar que las pruebas de rutina, como se ha indicado previamente, podrían ser un buen complemento y un mecanismo confirmatorio del diagnóstico médico, el cual en este estudio ha demostrado ser preciso en el establecimiento de una relación entre el evento traumático y el consumo de drogas.

Estudios futuros como el presente, deberían considerar la inclusión de un grupo control. De acuerdo con Borges, García y Vandale (1994), es

posible seleccionar como grupo control a pacientes con otros tipos de lesiones (mordeduras de animales, por ejemplo), en las cuales no hay intermediación del alcohol. Asimismo, los pacientes admitidos por enfermedades específicas, también podrían ser considerados para formar parte de un grupo control.

En ésta dirección, en ocasiones se ha cuestionado la validez de utilizar grupos control en estudios sobre traumas vinculados al consumo de alcohol. Esto por cuanto no se han hallado diferencias significativas entre pacientes lesionados y no lesionados y el hecho de presentar dependencia al alcohol o pérdida de control frente a la bebida (MacDonald et al. 1999; Cherpitel 1988). Varios estudios han indicado que tanto los pacientes lesionados, como aquellos que no lo están, muestran tasas más elevadas de ingesta excesiva de alcohol que la población general (Honkanen, 1993), razón por la cual resulta importante considerar las características demográficas y los patrones culturales de ingestión de la población bajo estudio.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Bailey, D. 1990. Drug use in patients admitted to a University Trauma Center. *Journal of Analytical Toxicology*, Vol. 14.
- Borges, G., García, G. & Vandale, S. 1994. Casualties in Acapulco: results of a study on alcohol and emergency room. *Drug and Alcohol Dependence* 36, 1-7.
- Cherpitel, C.J. 1998. Drinking patterns and problems associated with injury status in emergency room admissions. *Alcohol and Clinical Experience Research*. 12, 105-10.
- Cherpitel, C. J. 1997. Alcohol and injury: a comparison of three emergency room samples in two regions. *J. Stud Alcohol*, 58 (3): 323-331.
- Cherpitel, C. 1993. Alcohol and injuries: a review of international emergency rooms studies. *Addiction*, 88, 923-937.
- CICAD 1998. Primer reporte, 1997, Vol.III: América Central, Panamá y República Dominicana. CICAD/OEA
- CICAD/OEA. 1998. Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas. Resumen estadístico. Secretaría General, OEA.
- Conace 1999. Informe de la situación de drogas en Chile. Ministerio del Interior. Tomo I.
- Conace 1996. Consumo de drogas en Chile. Síntesis de los principales estudios y datos estadísticos. Santiago, CL:Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes.

- FARS 1993-1994. National Highway Traffic Safety Administration.
- Honkanen, Risto 1993. Alcohol in home and leisure related injuries. *Addiction* 88, 939-944.
- Macdonald, S., Wells, S., Giesbrecht, N. & Cherpitel, C.J. 1999. Demographic and substance use factors related to violent and accidental injuries: results from an emergency room study. *Drug and Alcohol Dependence*, 55 (1-2): 53-61.
- Madrigal, Enrique 1984. Consumo de alcohol y emergencias. Estudio en una sala de emergencias. A study done in emergency rooms). INSA. San José, Costa Rica.
- Mota, G. 1993. Uso de anestésicos generales en consumidores de cocaína y marihuana. Caracas, Venezuela. Universidad Central de Venezuela. Tesis.
- NCADI 1999. Semi-annual trends in total drug episodes. Dawn survey. <http://www.health.org/pubs/97dawn/dawn13a8.htm>
- NCADI 1996. Annual trends of total drug-related episodes. Dawn Survey. <http://www.health.org/pubs/97dawn/dawn13a8.htm>
- NIDA. National Institute on Alcohol Use and Alcoholism. 1998. Alcohol Alert. No. 3-335. January.
- NIDA. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol Alert. 1989. No.3-335. January.
- Observatorio Vasco de Drogodependencias 1998. Informe 0 (Bulletin 0). País Vasco. Gráficas Bériz.
- Pineiro, Sofia, Medina, Evelyn y Rojas, Maritza. 1998. Prevalencia del consumo de drogas en pacientes atendidos en urgencias de adultos. *Salud Pública de México*. 40:234-240.
- Roizen, J. 1989. Alcohol and trauma, in: Giesbrecht, N, González R, Grant M. et al. (Ed). *Drinking and casualties, accidents, poisonings and violence from an international perspective*, pp. 21-66. London.

Correspondencia:

Julio Bejarano

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.

P.O.Box. 1415-2050. San José, Costa Rica.

correo-e: juliobejarano@costarricense.cr

julio_bejarano@hotmail.com

*ARTÍCULOS
DE REVISIÓN*

EL CONSEJO DE BREVE INTENSIDAD COMO
MÉTODO PREVENTIVO CONTRA LOS HÁBITOS
TÓXICOS EN EL EXAMEN DE SALUD DEL SERVICIO
DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Estanislao Cabrero¹
Encarnación Posé²

*¹Doctor en Medicina, Médico del Trabajo
Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales*

*²Licenciada en Psicología, Psicóloga Clínica
Técnica Superior en Prevención de Riesgos Laborales*

RESUMEN:

El test de Fagerström, la encuesta de consumo de alcohol y el cuestionario general sobre hábitos de vida (que incluye el test de CAGE) son tomados como base para una intervención breve contra el consumo de tabaco y alcohol entre los trabajadores.

Estas pruebas ocupan entre 5 y 10 minutos y pueden ser la primera reflexión pa-rra abandonar el hábito tabáquico y también para reducir el consumo de alcohol a con-sumos de no riesgo o aconsejar la abstinencia entre los consumidores excesivos.

La consecuencia inmediata que debe producirse es el incremento de la salud de nuestros trabajadores, debido a la disminución de la morbilidad, tanto por accidente como por enfermedad, y de la mortalidad precoz.

Animamos a incorporar esta práctica entre los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales.

Palabras Clave: Test de Fagerström, encuesta de consumo de alcohol, cuestionario general de hábitos de vida, test de CAGE, intervención breve, Educación para la Salud, hábito tabáquico, alcoholismo, población trabajadora.

ABSTRACT

The Fagerström questionnaire, the alcohol consumption survey and the general questionnaire on life habits (that includes the CAGE questionnaire) are showed as a base to the brief intervention against tobacco and alcohol consumption among the working population.

These tests take between 5 and 10 minutes and they can give the first thoughts to abandoning the nicotine habit and also do well in alcohol intake of non risk or abstinence among heavy drinkers.

The immediate consequence that must be hoped is a rise in the of health our working population, because of the decrease of the sickness rate, the accident rate and absenteeism, and premature mortality.

To incorporate this practice among the Prevention Services of Occupational Risks is encouraged.

Key words: fagerström questionnaire, alcohol consumption survey, general questionnaire on life habits, CAGE questionnaire, brief intervention, Health Education, smoking habit, alcoholism, working population.

INTRODUCCIÓN

El examen de salud que se realiza al trabajador por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de una empresa, servicio de prevención ajeno o mutua, sigue protocolos específicos para los diferentes riesgos laborales a los que aquel está expuesto (art. 22 de la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales). Aunque sería discutible si el mundo laboral expone o predispone al consumo de las diversas sustancias tóxicas (alcohol, tabaco, medicamentos, cannabis, cocaína, heroína, éxtasis, etc.), si podemos partir de la base que la edad laboral coincide con la edad de consumo y, sobre todo, de afectación por su consumo (Oficina Internacional del Trabajo, 1989) (Montesdeoca, D; Rodríguez-Pulido, F; Pou, L; Montesdeoca, MJ; 1997) y que determinados tipos de trabajo favorecen el consumo (Smith, R, 1981) (Hansmaennel, G; 1995) .

Averiguar el consumo de sustancias tóxicas está indicado con fines sanitarios. Por las características socioculturales de nuestro entorno, pensamos que uno o más tóxicos van a poder estar siempre presentes entre los hábitos de nuestros trabajadores (Unión General de Trabajadores-Equipo de Investigaciones Sociológicas, 1987) (FAD-Equipo

de Investigaciones Sociológicas, 1987). Nos estamos refiriendo al consumo de alcohol, tabaco y psicofármacos, sin que ignoremos que el consumo de las otras sustancias (cannabis, opiáceos, cocaína, anfetaminas, éxtasis, etc.) está incorporándose paulatinamente y de forma progresiva a nuestra cultura.

Este conocimiento de los hábitos tóxicos de nuestros trabajadores puede obtenerse por el simple interrogatorio clínico, por la anamnesis por órganos y aparatos y por las determinaciones analíticas, que pueden ser indirectas por las manifestaciones analíticas del daño orgánico que ocasionan las drogas (hepatopatías y hemopatías), o directas como son la determinación del alcohol y de las otras drogas en el mismo momento del reconocimiento médico, ya sea previo al ingreso o postocupacional, e, incluso, en el mismo puesto de trabajo dependiendo de las características de los riesgos inherentes al puesto que desarrolla el trabajador (Zwerling, C; Ryan, J; John, E; 1990) (Cabrero, E; Gómez-Acebo, A; García-Alcazar, I; García-Esquinas, N; Luna, JD; Luna, A; 1998). Obviamente, la evidencia de un consumo por métodos analíticos es diagnóstico claro de la existencia de este consumo (Deveaux, M; Demarlu, C; Lenoir, L; Muller, PH; 1990) (Ferrer, E; 1999), pero no es indicativo de que haya habido o exista en la actualidad un uso regular, abuso o dependencia (Cabrero, E; Luna, A; 1999).

Cualquier profesional sanitario ante la presencia de una anomalía psíquica u orgánica evidente o evidenciada por la anamnesis clínica o por las pruebas a las que se somete un trabajador, realizará las recomendaciones oportunas para fomentar la Educación para la Salud del trabajador y que éste realice las correcciones necesarias en sus hábitos higiénicos con el objetivo de no desarrollar la enfermedad, curarse o recuperarse de las secuelas que pueda haber producido la misma (prevención primaria, secundaria y terciaria).

Dentro del interrogatorio clínico, propiamente dicho, vamos a exponer la utilidad de tres pruebas autoadministradas, de "papel y lápiz", que se pueden incluir en el mismo y que son de indudable ayuda en cuanto a conocimiento de los hábitos tóxicos que el trabajador nos facilita en el mismo momento de realizar el examen de salud laboral (de ingreso o postocupacional) y nos pueden servir de estructura para realizar las recomendaciones sobre el consumo de sustancias: mantenerse abstinentes o en consumos de bajo riesgo, abandonar los consumos de riesgos o disminuir a consumos de bajo riesgo, etc.

Estas pruebas son el test de Fagerström, la encuesta semiestructurada

de consumo de alcohol y el cuestionario general sobre hábitos de vida (anejos 1, 2 y 3 respectivamente).

1. El Test de Fagerström:

El test de Fagerström pretende averiguar cual es el grado de adicción de una persona al hábito tabáquico mediante una serie de preguntas y una puntuación dependiendo del nivel de respuesta al mismo (Fagerström, KO; Schnider, NG; 1989).

Este test tiene dos versiones: la original, con ocho preguntas de las que tres de las cuales tienen tres respuestas; y la modificada (anexo 1), con seis preguntas, dos de las cuales tienen cuatro respuestas. Las preguntas que no se han incluido han sido las referentes a cual es la tasa de nicotina de vuestro cigarrillo y a si aspiráis el humo o no.

Además, este cuestionario puede completarse con una serie de preguntas que recogen una amplia biografía sobre el consumo de tabaco, como: ¿A qué edad comenzaste a fumar de forma regular? ¿Has incrementado o disminuido el consumo y cuánto han durado los mismos? ¿Cuántas veces has abandonado el hábito tabáquico períodos superiores al año y cuántos años has estado sin fumar?

2. La encuesta semiestructurada de consumo de alcohol:

La encuesta semiestructurada de consumo de alcohol (anexo 2) presenta al trabajador un repaso de las diferentes bebidas alcohólicas para que responda que cantidades consume de cada una de ellas (Altisent, R; Córdoba, R; Martín-Moros, JM; 1992).

Esta encuesta puede también ser dirigida, en este caso podemos apoyarnos en el conocimiento que sobre este hábito tenemos de nuestros compañeros de trabajo por nuestra convivencia con ellos y, también, por haber realizado otros encuestas en exámenes de salud anteriores que hace que podamos ayudarles a recordar, puntualizar consumos que pueden haberse olvidado o infravalorado, o a precisarlos porque hayan sido modificados.

También es recomendable preguntar al trabajador si consume un determinado tipo de bebida en cada una de las fases del día en que se suele hacerlo: ¿Toma carajillos a primeras horas de la mañana o después de comer? ¿Toma vino o cerveza comiendo, cenando o en el almuerzo de media mañana? ¿Toma aperitivos antes de comer (cerveza, vino o ver-

mut)? ¿Toma algún cubata o whisky viendo la tele por la noche, el fútbol, los domingos y festivos, etc.? El hábito enólico al formar parte de nuestro patrón cultural hace que muchos tipos de consumo pasen desapercibidos o infravalorados por lo que es necesario recordar o dirigir este tipo de interrogatorio.

La encuesta de consumo de alcohol presenta la ventaja de que podemos detectar cualquier tipo de consumos, ya sea de riesgo o no, cuando aún no existe daño orgánico ni psíquico. Los criterios de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria para considerar a un hombre como bebedor de riesgo es superar las 35 unidades de bebida alcohólica a la semana y para una mujer las 21 unidades (Wallace, P; Haines, A; 1985) (Rodríguez-Martos, A; 1997).

3. El cuestionario general sobre hábitos de vida:

El cuestionario general sobre hábitos de vida (anejo 3) incluye preguntas que se relacionan indirectamente con los hábitos tóxicos de consumo más frecuentes: alcohol, tabaco, fármacos, cannabis y cocaína (Martín Zurro, A; 1996). Pero que son de tanta utilidad como para poder orientarnos sobre si existe o no dependencia alcohólica (test de CAGE).

Se comienza, en lo que a hábitos tóxicos se refiere, por preguntar sobre "si alguna vez le han ofrecido cannabis o cocaína" (pregunta 2). Como vemos, esta pregunta está expuesta de forma indirecta y sin solicitar una respuesta sobre si se ha consumido o no alguna de esas sustancias, lo que favorece un mayor grado de sinceridad del trabajador.

Las preguntas referidas al consumo de alcohol (preguntas 3, 6, 9 y 11) representan el test de CAGE (Ewing, JA; 1984), que está ampliamente aceptado por su utilidad en el diagnóstico de la dependencia alcohólica, y se complementan con la encuesta semiestructurada de consumo de alcohol, ya referida (Johnson, RD; Williams, R; 1985).

El test de CAGE indica posible dependencia ante dos respuestas afirmativas, pero numerosos estudios refieren incluso una respuesta si se apoya en algún marcador biológico de consumo crónico de alcohol elevado (volumen corpuscular medio, aspartato aminotransferasa, alanino aminotransferasa, gamma-glutamil transpeptidasa, desialotransferrina, etc.). (Rodríguez-Martos, A; 1997) (Johnson y col; 1985) (Girela, E; Hernández-Cueto, C; Villanueva, E; 1994) (Mateos, J; Rivera, JC; 1994).

Las preguntas referidas al consumo de tabaco (preguntas 7 y 10) ayudan a reflexionar sobre unos planteamientos de salud que la mayoría de

los fumadores se han hecho y les han hecho en más de una ocasión: “dejar de fumar y, o, fumar menos”. Esta indagación sobre el hábito tabáquico se complementa con el test de Fagerström.

La última de las preguntas (pregunta 12), no sólo averigua el posible consumo de psicofármacos (tranquilizantes, hipnóticos, ansiolíticos, etc.) sino que ofrece, en el mismo cuestionario, como alternativa el uso de las técnicas de relajación como método más saludable para problemas de insomnio o ansiedad.

Además, se favorece la adquisición de otros hábitos higiénicos saludables como son el abandono del consumo de azúcares refinados, la práctica de un ejercicio periódico (caminar, correr, fútbol-sala, natación, ciclismo, etc.) y el consumo de frutas y verduras (preguntas 1, 4 y 8 respectivamente).

DISCUSIÓN

La importancia de las consecuencias del consumo abusivo o dependiente de alcohol, tabaco, fármacos y otras drogas para el propio trabajador, su familia y toda la sociedad son muy importantes. A nivel laboral generan un incremento importante de los riesgos inherentes al trabajo (Zwerling y cols; 1990) (Alleynes, BC; Stuart, P; Copes, R; 1991) (Cabrero, E; Osuna, E; Luna, JD; Jiménez-Bueno, MC; Blanco, A; Luna, A; 1996) (Cabrero, E; Osuna, E; Luna, JD, Jiménez, MC; Blanco, A; Luna, A; 1996) (Blum, TC; Roman, PM; Martín, JK; 1993) (Aurrekoetxea, J; Echenagusia, VM; 1995) (Vasse, RM; Nijhuis, FJN; Kok, G; 1998), por lo que deberían adoptarse medidas para diagnosticar, tratar y reinsertar a los trabajadores afectados por las drogodependencias y cualquier programa preventivo o asistencial que se realice en el medio laboral debería ser apoyado toda la sociedad, empresariado y Administración (Cabrero, E; 1999) (Cabrero, E; Gómez-Acebo, A; garcía-Alcazar, I; Carcía-Albacar, A; Luna, JD; Luna, A; 2000) (Cabrero, E; Luna, A; 2001) (Cabrero, E; 2001) (Cabrero, E; Luna, A; en prensa) (Comisiones Obreras, 1992) (Dubourg, C; Jegaden, D; Guillou, P; 1991) (Fanelli, C; Bertagnolio, GA; Deitinger, P; Macciocu, L; 1994).

El consumo de drogas legales por los individuos (alcohol, tabaco y psicofármacos) es alta dentro de la cultura occidental (Aubá, J; Costa, J; 1989) (Marchi, T; Magarotto, G; Della Valle, G; Nardi, G; 1993), siendo la prevalencia entre los trabajadores de nuestro país de un 78.8%

consumidores habituales de alcohol, un 48.3% de tabaco, un 12.1% de medicamentos y un 3,5% de las drogas ilegales según el último gran estudio realizado por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (1996) (FAD-Equipo de Investigaciones; 1996). Encontrándose muy igualada la proporción tanto de hombres como de mujeres consumidores de drogas legales y en las mujeres a expensas de las más jóvenes (Moncada, S; Artazcoz, L; 1993), aunque en el caso de las drogas ilegales el consumo masculino es muy superior al femenino (Cabrero y cols; 1996)(Cabrero y cols, 2000).

En nuestra práctica, lo primero que hacemos, respecto al consumo de sustancias tóxicas por el trabajador, es realizar la historia tabáquica. En segundo lugar, pasamos el test de Fagerström que completa la anterior. Ambos tipos de preguntas no suelen ofrecer ningún problema, en cuanto a sinceridad a sus respuestas, ya que el trabajador fumador y exfumador no suele poner reparos a hablar de ello. Una vez conocido el consumo de tabaco se le aconseja sobre cesar o disminuir en el consumo, dependiendo que se haya planteado o no su abandono. Son muy pocos los trabajadores que no han pensado en ello alguna o más de una vez.

En tercer lugar, analizamos la encuesta semiestructurada de consumo de alcohol que completamos con recordar consumos que podrían haber quedado olvidados. En caso de consumo de riesgo (superior a las 35 unidades de alcohol a la semana para el hombre y 21 para la mujer) aconsejamos igualmente su cese o reducción a consumos no de riesgo.

Y en cuarto y último lugar, las respuestas del test de CAGE pertenecientes al cuestionario general sobre hábitos de vida, puntualizamos lo que ha querido expresar con las contestaciones que ha dado (tanto si han sido afirmativas como si no), dado que algunas veces personas muy escrupulosas pueden haber tenido la impresión de que deberían beber menos e incluso sentirse mal por su costumbre de beber ante consumos mínimos.

Estas pruebas autoadministradas van a presentar una serie de ventajas (Subías, PJ; Casanovas, E; 1998) (Auba, J; Massons, J; 1997) como son: el bajo coste, la accesibilidad, la facilidad de uso por personal auxiliar, ser muy útiles como pruebas de cribaje, etc. Pero también de inconvenientes: el consumo de tiempo, la subjetividad, la ocultación o la infravaloración de los consumos, el rechazo del individuo y, en el caso del test de CAGE, que detecta el síndrome de dependencia alcohólica cuando esté ya está instaurado.

El repreguntar, desarrollar o aclarar los puntos contenidos en estos tests, hace tener conciencia sobre estos hábitos tóxicos que favorece la

reflexión primero sólo y luego de forma conjunta y en voz alta entre el trabajador y el sanitario, facilitando el proceso de precontemplación o contemplación para el cambio del hábito (Martin-Zurro, A; 1996) (Valde-nebro, JI; Valdés, E; Romo, AF; 1993).

No se nos escapa la dificultad de administrar cuestionarios durante el examen de salud que permitan conocer el nivel de consumo y, como en este caso, también el nivel de adicción de nuestra población trabajadora, en una primera etapa de realización de estos estudios en una empresa. Si es posible realizarlo dentro del protocolo de una Mutua o de un Servicio de Prevención Ajeno, donde las relaciones y las acciones quedan más independientes, por lo que no siempre se podrá optar por realizar preguntas tan directas al inicio de estudios de este tipo. En nuestra experiencia y para una misma población laboral de la misma empresa ha sido preciso un periodo de trabajos previos en este campo de 7 años (consecuencias, métodos diagnósticos, programas preventivos, etc.) (Cabrero, E; Osuna, E; Luna, JD; Jiménez-Bueno, MC; Box, M; Luna, A; 1994) (Cabrero y cols, 1998) (Cabrero y cols, 1996) (Cabrero y cols, 1999) (Cabrero y cols, 2000) (Cabrero y cols, 2001) (Cabrero, E; 2001) (Cabrero y cols, en prensa) (Cabrero, E; Barrios, I; Osuna, E; Luna, JD; Jiménez-Bueno, MC; Luna, A; 1996) (Cabrero, E; Luna, A; 1999), de experiencia en el campo de las drogodependencias dentro de la empresa de 25 años y se ha planteado y obtenido la confianza del Comité de empresa (Oficina Internacional del Trabajo, 1989) (Unión General de Trabajadores-Equipo de investigaciones Sociológicas, 1987) (Comisiones Obreras, 1992) (Freixa, F; 1991).

El consejo de breve intensidad es lo mínimo que un profesional de la Salud Laboral debe realizar durante el examen de salud que efectúa al trabajador, como primer paso de una cultura preventiva de la empresa ante las drogodependencias (Moreno de Quiroz SL, 1991). Los profesionales sanitarios no suelen interrogar a sus pacientes o trabajadores sobre el consumo de bebidas alcohólicas (Aubà, J; Freixedas, R; 1990) (Subías y cols, 1998) por no conocer la importancia de estas patologías fuera de los consumos abusivos, dependientes o problemáticos, o por no saber como actuar ante las mismas. Es necesaria la formación específica de los trabajadores del Servicio de Prevención (médicos del trabajo, psicólogos, técnicos de prevención, enfermeros de empresa, trabajadores sociales, responsables de recursos humanos, etc.) sobre drogodependencias para lograr su sensibilización ante este problema (Cabrero y cols, en prensa) (Nebot, M; Plaza, A; Pérez, J; Grifell, E; Egea, L; 1995).

Nosotros con esta actitud estamos realizando, a fin de cuentas, Educación para la Salud. O sea, informamos a nuestro trabajador sobre el consumo de las sustancias tóxicas más frecuentes que pueden afectarle y le aconsejamos sobre qué práctica es la más saludable (Bombín, B; 1993) (Ferte, C; 1988) y, en nuestro caso, insertado dentro de un Plan de acción contra las drogodependencias y el alcoholismo (Cabrero y cols, 2000) (Valdenebro, 1993) (Foruny, R; 1993) (Megías, J; 1996) (Millet, M; Jannic, M; 1996) (Robinet, P; Mahieu, B; 1987) (Sánchez-Pardo, L; 1994).

La planificación estratégica de la Organización Mundial de la Salud para Europa "Salud para todos en el año 2000", presenta como principal reto sanitario el asumir la prevención primaria de las grandes causas actuales de morbimortalidad: enfermedades cardiovasculares, cáncer y accidentes, junto con la preocupación por las consecuencias deletéreas del consumo de drogas legales e ilegales y por la difusión de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, recomendando Educación para la Salud, tanto en la infancia como en la edad adulta, en los campos de la alimentación y la nutrición, la actividad física, el consumo de tabaco, de alcohol y de las drogas ilegales, la prevención de accidentes, la prevención de enfermedades de transmisión sexual y en evitar de los embarazos no deseados, entre otros (Subías, 1998) (Rozman, C; Foz, M; 1994) (Salleras, L; Martín-Zurro, A; Bertrán, JM; Gené, JM; Forés, D; Taberber, JL; Tarín, G; Ribot, J; 1994). Todos estos temas tienen conexión con la prevención de las drogodependencias.

Muchas de estas actividades de promoción de la salud pueden y deben desarrollarse por los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales. Así, por ejemplo, la prevención de la enfermedad hipertensiva mediante la detección y el control de la tensión arterial puede que no tenga que ver como riesgo inherente a un trabajo determinado, pero no se nos escapa que es una labor importante dentro de la prevención primaria y secundaria de cualquier Servicio de salud. Al igual que muchos programas de salud de numerosas empresas incorporan la prevención del cáncer colorrectal o ginecológico. Aunque pudiéramos entender que podría ser no ético el incluir preguntas que socialmente podrían ser reprobables como las referentes al consumo de las diversas sustancias tóxicas (tabaco, alcohol, medicamentos y drogas ilegales), sí son sanitariamente correctas y su detección conveniente dada la gran prevalencia de esta enfermedad entre la población trabajadora y la enorme transcendencia de las consecuencias sanitarias de las mismas (Cabrero y cols, 1999) (Gibbs, JO; Mulvaney, D; Henes, C; Reed, RW; 1985). Las actividades preventivas más

importantes del adulto son la toma de tensión arterial y el interrogatorio sobre su consumo de alcohol y tabaco (Subías y cols, 1998), dado que ésta es la población con la que trabajamos en el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, no podemos dejar escapar la oportunidad que nos brinda esta intervención. La población laboral ofrece unas características idóneas para el desarrollo de programas de intervención, tanto por abarcar los períodos de edad en los que se concentran las mayores tasas de mortalidad prematura como por la facilidad de acceso. A su vez, la existencia de los Servicios de Prevención y la realización de exámenes de salud periódicos proporcionan el marco ideal para una intervención preventiva eficiente (Martínez-González, MA; Bueno-Cavanillas, A; Fernández-garcía, MA; García-Martín, M; Delgado, M; Gálvez, R; 1995).

El avance en seguridad se fundamenta en corregir hábitos y modificar la conducta del individuo, para reducir y controlar los riesgos (Gacitúa, G; 1994). La intervención breve supone de 5 a 10 minutos, usa pruebas de evaluación sencillas para identificar a los trabajadores que poseen consumos de riesgo y proporciona información y consejo. Es evidente que el personal sanitario infrautiliza las oportunidades que tiene para identificar y aconsejar a los pacientes a cerca de su consumo excesivo (Austoker, J; 1994). Aprovechando esta oportunidad se podría disminuir de forma importante el número de consumidores excesivos de alcohol (Wallace, P; Cutler, S; Haines, A; 1988), tabaco, medicamentos y las demás drogas y por consiguiente de sus consecuencias (Cabrero y cols, 1996).

La intervención breve pretende producir una motivación para el cambio y que mínimas intervenciones adicionales consigan la modificación del hábito e incluso instigar el proceso natural de cambio que de otra manera podría no producirse o retrasarse indefinidamente. Algunos estudios han encontrado una reducción muy sustancial en el porcentaje de bebedores entre el 45-70%, después de haber sido sometidos a intervenciones breves dependiendo del grado de estructuración de la misma (Martín Zurro, A; 1996). Por ello, consideramos que estos tests realizados como estructura de una intervención breve nos permiten valorar el nivel de consumo de nuestros trabajadores (ausente, moderado, de bajo, medio o alto riesgo, e incluso, dependiente), así como Educar para la Salud a los mismos mediante la información, el consejo y el asesoramiento e iniciar la contemplación del cambio de hábitos tóxicos de nuestros trabajadores durante el examen de salud que se efectúa por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Altisent R, Córdoba R, Martín-Moros JM. Criterios operativos para la prevención del alcoholismo. *Med Clin (Barc)* 1992; 99: 584-588.
- Alleyne BC, Stuart P, Copes R. Alcohol and other drug use in occupational fatalities. *JOM* 1991; 33: 496-500.
- Ames G. Research and strategies for the primary prevention of workplace alcohol problems. *Alcohol Health & Research World* 1993; 17: 19-27.
- Aubà J, Costa J. Alcohol y población laboral. *Med Clin (Barc)* 1989; 92: 658-660.
- Aubà J, Freixedas R. Alcoholismo: prevención desde la atención primaria. *Med Clin (Barc)* 1990; 94: 230-233.
- Auba J, Massons J. Estilos de vida saludable: Tabaco y Alcohol. Madrid: Ergon, 1997.
- Aurrekoetxea J, Echenagusia VM. ¿Es el consumo habitual de alcohol un indicador de riesgo del accidente de trabajo y del absentismo por enfermedad? *Mapfre Medicina* 1995; 6: 113-120.
- Austoker J. Reducing alcohol intake. *BMJ* 1994; 308: 1549-1552.
- Blum TC, Roman PM, Martin JK. Alcohol consumption and work performance. *J Stud Alcohol* 1993; 54: 61-70.
- Bombín B. Implicaciones médico-jurídicas y bio-éticas del diagnóstico y seguimiento de las drogodependencias y sus complicaciones en el medio laboral. *Mapfre Medicina* 1993; 4 Supl 3: 16-25.
- Bussels D. Drogas y Trabajo. *Janus* 1995; febrero: 7-8.
- Cabrero E. Estamentos laborales y detección, tratamiento y reinserción de drogodependientes en el medio laboral. *Adicciones* 1999; 11 Supl 1: 8.
- Cabrero E. El servicio médico de empresa de la Red Nacional de los Ferrocarriles Españoles en la Comunidad Valenciana. *Salud Ocupacional* 2001; 10: 5-11.
- Cabrero E, Barrios I, Osuna E, Luna JD, Jiménez-Bueno MC, Lu-na A. Detección del bebedor excesivo en el medio laboral mediante el test de Le Gô. *Adicciones* 1996; 8: 321-329.
- Cabrero E, Gómez-Acebo A, García-Alcázar I, García-Esquinas N, Luna JD, Luna A. Muestras sistemáticas de alcohol en aire espirado en una empresa pública de transporte ferroviario. *Med Segur Trab* 1998; 179: 23-30.
- Cabrero E, Gómez-Acebo A, García-Alcázar I, García-Albacar A, Luna JD, Luna A. Programme contre la toxicomanie et l'alcoolisme dans l'entreprise ferroviaire espagnole "RENFE", 1990-1997. *Arch mal prof* 2000, 61: 310-317.
- Cabrero E, Luna A. Determinación de alcohol y drogas en la empresa. *Rev Esp Drogodepen* 1999; 24: 3-16.
- Cabrero E, Osuna E, Luna JD, Jiménez-Bueno MC, Box M, Lu-na A. Estudio de un muestreo de alcohol exhalado en aire alveolar en una población de la Red Nacional de los Ferrocarriles Españoles. *Adicciones* 1994; 6: 15-22.
- Cabrero E, Osuna E, Luna JD, Jiménez-Bueno MC, Blanco A, Luna A. Consecuencias de las drogodependencias en el mundo laboral. *Adicciones* 1996; 8: 419-428.
- Cabrero E, Osuna E, Luna JD, Jiménez MC, Blanco A, Luna A. Alcoolisme, absen-

- téisme et accidents du travail dans une entreprise de transport espagnole. Arch mal prof 1996; 57: 353-355.
- Cabrero E., Luna A. Alcohol y drogas en las empresas de la Unión Europea. Adicciones 2001; 13: 247-252.
- Cabrero E, Luna A. El abordaje de las drogodependencias en las empresas. Archivos de Prevención de Riesgos Laborales (en prensa).
- Cabrero E, Luna A. Ética y Medicina del Trabajo. Med Trabajo 1999; 8: 78-83.
- Comisiones Obreras. Orientaciones sobre intervención sindical en drogodependencias. Madrid: Secretaría Confederal de Acción Sindical 1992.
- Deveaux M, Demarlu C, Lenoir L, Muller PH. Problèmes posés par l'interprétation de dosages de l'alcool dans l'air expiré. Journal de Médecine Légale Droit Médical 1990; 33: 335-340.
- Dubourg C, Jegaden D, Guillou P. Approche d'une évaluation d'action de prévention de l'alcoolisme en milieu de travail. Arch mal prof 1991; 52: 206-208.
- Ewing JA. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. JAMA 1984; 252: 1905-1907.
- Fagerström KO, Schneider NG. Measuring Nicotine Dependence: A Review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. J Behav Med 1989; 12: 159-182.
- Fanelli C, Bertagnolio GA, Deitingen P, Macciocu L. Il recupero personale e lavorativo dell'ex - tossicodipendente. Prevenzione Oggi 1994; 6: 45-55.
- Ferrer E. Control del uso de drogas en conductores. JANO 1999; 56:1042.
- Ferte C. Expérience d'information en alcoologie en entreprise. Arch mal prof 1988; 49: 535-536.
- Foruny R. Aspectos etiopatogénicos del alcohol y otras drogas en el trabajo. Med Trabajo 1993; 2: 122-128.
- Freixa F. Problemática sociosanitaria del consumo de drogas en el medio labora. Rev Esp Drogodep 1991; 16: 257-275
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción-Equipo de Investigaciones Sociológicas. La incidencia de las drogas en el mundo laboral - 1996; Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, 1996.
- Gacitúa G. La educación: base para el desarrollo de la prevención. Revista Protección y Seguridad 1994; mayo-junio: 20-23.
- Gibbs JO, Mulvaney D, Henes C, Reed RW. Work-site health promotion. JOM 1985; 826-830.
- Girela E, Hernández-Cueto C, Villanueva E. Cuestionario CAGE y marcadores de alcoholismo: Aplicación para la detección de bebedores excesivos en una población laboral. Mapfre Medicina 1994; 5: 33-38.
- Hansmaennel G. Tabagisme, surcharge pondérale, hypertension artérielle et alcoolisme chronique chez 218 conducteurs de poids lourds ou d'engins. Arch mal prof 1995; 56: 486-488.
- Johnson RD, Williams R. Prevention of hazardous drinking: the value of laboratory tests. BMJ 1985; 290: 1849-1850.
- Marchi T, Magarotto G, Della Valle G, Nardi G. Il consumo di alcol in alcune attività produttive di Venezia: Un problema di sanità pubblica. Med Lav 1993; 84: 232-242.

- Martín-Zurro A (director). Alcohol en Atención Primaria (protocolo). Barcelona: Ediciones Doyma, 1996.
- Martínez-González MA, Bueno-Cavanillas A, Fernández-García MA, García-Martín M, Delgado M, Gálvez R. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en población laboral. *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 321-326.
- Mateos J, Rivera JC. Abordaje médico-laboral del alcoholismo. *Med Trabajo* 1994; 3: 25-29.
- Megías J. Trabajo y alcohol. *Rev Esp Drogodep* 1996; 21: 81-82.
- Millet M, Jannic M. La prévention alcool à E.D.G.-G.D.F. Service Morbihan (1993-1995). *Arch mal prof* 1996; 57: 632-633.
- Moncada S, Artazcoz L. Ocupación, percepción de la salud y estilos de vida. *Janus* 1993; 14: 7-10.
- Montesdeoca D, Rodríguez-Pulido F, Pou L, Montesdeoca MJ. El medio laboral y la salud mental (I): factores psicosociales y epidemiología. *Psiquis* 1997; 18: 87-95.
- Montesdeoca D, Rodríguez-Pulido F, Pou L, Montesdeoca MJ. El medio laboral y la salud mental (II): estrés, Bournout y drogodependencias. Una propuesta preventiva. *Psiquis* 1997; 18: 87-95.
- Moreno de Quiroz SL. Programas de prevención del alcoholismo en la empresa. *Revista de las Adicciones* 1991; sin volumen, 17-19.
- Nebot M, Plaza A, Pérez J, Grifell E, Egea L. Identificación y registro de factores de riesgo en centros reformados y no reformados de atención primaria. *Aten Primaria* 1995; 16: 35-44.
- Oficina Internacional del Trabajo. Alcohol y drogas. Programas de asistencia a los trabajadores (informes). s.e., Madrid: AGISA, 1989; 276.
- Robinet P, Mahieu B. Action préventive contre l'alcoolisation dans le milieu minier. *Arch mal prof* 1987; 48: 47-49.
- Rodríguez-Martos A. El médico de empresa ante los problemas del alcohol. *Med Trabajo* 1997; 6: 167-177.
- Rozman C, Foz M. Aspectos actuales de la medicina preventiva. *Med Clin (Barc)* 1994; 102 Supl 1: 1.
- Salleras L, Martín-Zurro A, Bertrán JM, Gené JM, Forés D, Taberner JL, Tarín G, Ribot J. La integración de la prevención en la práctica asistencial. *Med Clin (Barc)* 1994; 102 Supl 1: 35-41.
- Sánchez-Pardo L. Evaluación de la efectividad de los programas de atención a drogodependientes en la empresa. *Mapfre Medicina* 1994; 5: 101-113.
- Smith R. Alcohol and work: a promising approach. *BMJ* 1981; 283: 1108-1110.
- Subías PJ, Casanovas E. Factores asociados con una mejor cumplimentación del examen periódico de salud en el adulto. *Aten Primaria* 1998; 22: 570-573.
- Unión General de Trabajadores-Equipo de Investigaciones Sociológicas. Drogodependencias. Madrid: Unión General de Trabajadores, 1987.
- Valdenebro JL, Valdés E, Romo AF. Los reconocimientos médicos laborales como aporte a la prevención de las drogodependencias. *Mapfre Medicina* 1993; 4 Supl. 3: 4-15.
- Vasse RM, Nijhuis FJN, Kok G. Associations between work stress, alcohol consumption and sickness absence. *Addiction* 1998; 93: 231-241.

- Wallace P, Cutler S, Haines A. Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *BMJ* 1988; 297: 663-668.
- Wallace P, Haines A. Use of a questionnaire in general practice to increase the recognition of patients with excessive alcohol consumption. *BMJ* 1985; 290: 1949-1953.
- Wang CCK, Poe HK. Pruebas del alcohol y drogas en los empleados como función de la gestión de seguridad. *Notas y Documentos del Instituto Nacional de Medicina y Seguridad en el Trabajo* 1993; 3: 71-79.
- World Health Organization. *Alcohol Policies in National Health and Development Planning*, s.e., Geneva: WHO Offset publication No. 89, 1985; 102.
- World Health Organization. *Health Promotion for Working Populations*, s.e. Geneva: Report of a WHO Expert Committee (Technical Report Series 765), 1988; 49.
- World Health Organization. *Health Promotion in the Workplace: Alcohol and Drug Abuse*, s.e. Geneva: Report of a WHO Expert Committee, 1993; 34.
- Zwerling C, Ryan J, John E. The efficacy of preemployment drug screening for marijuana and cocaine in predicting employment outcome. *JAMA* 1990; 264: 2639-2643.

Correspondencia:

Estanislao Cabrero Cabrero
estanislao.cabrero@ono.com
Servicio Médico RENFE
Avda. de Salamanca, 1
03005 Alicante

ANEJO 1

TEST DE FAGERSTRÖM (modificado)

1. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?
 - menos de 5 minutos 3 puntos
 - de 6 a 30 minutos 2 puntos
 - de 31 a 60 minutos 1 punto
 - más de 60 minutos 0 punto
2. ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido, como la biblioteca o el cine?
 - si 1 punto
 - no 0 punto
3. ¿Qué cigarrillo le molestaría más dejar de fumar:
 - el primero 1 punto
 - cualquier otro 0 punto
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma?
 - 15 o menos 0 punto
 - de 16 a 25 cigarrillos 1 punto
 - 26 o más 2 puntos
5. ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?
 - si 1 punto
 - no 0 punto
6. ¿Fuma aún estando tan enfermo que deba guardar cama la mayor parte del día?
 - si 1 punto
 - no 0 punto
7. ¿Sueles aspirar el humo de los cigarrillos cuando fumas?
 - siempre 2 puntos
 - a veces 1 punto
 - nunca 0 punto
8. ¿Cuál es el nivel de nicotina de los cigarrillos que sueles fumar?
 - 1,3 mg ó más 2 puntos
 - de 1,0 a 1,2 mg 1 punto
 - 0,9 mg ó menos 0 punto

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Preguntas 1-6:

0- 2
0- 4
3- 4
5- 6
5- 6
7- 8
7- 8
9-11
9-10

Preguntas 1-8

no dependencia
poca dependencia
dependencia débil
dependencia
dependencia media
dependencia fuerte
dependencia fuerte
dependencia muy fuerte
dependencia muy fuerte

ANEJO 2

ENCUESTA SEMIESTRUCTURADA SOBRE CONSUMO DE ALCOHOL

Bebida	Preguntas	Preguntas	Cantidad
Vino	1. ¿Toma vino en las comidas? 2. ¿Toma algún vino fuera de las comidas?	¿Alrededor de _ litro? ¿Cuánto le dura la botella?	
Cerveza	3. ¿Toma cervezas a diario?	¿Bebe cerveza el fin de semana?	
Copas	4. ¿Toma alguna copa? 5. ¿Algún carajillo?	¿Cognac, anis, whisky...? ¿Solyombra, revuelto...?	
Combinados	6. ¿Algún cuba-libre?	¿Otros combinados: ron, whisky, calimocho...?	
Otros	7. ¿Toma alguna vez sidra, vermut, jerez, cava, fino...?		
Total unidades por semana			
Tomado de Altisent, 1992.			

ANEJO 3

CUESTIONARIO GENERAL SOBRE HÁBITOS DE VIDA

	SI	NO
1. ¿Piensa usted que come demasiados dulces?		
2. ¿Le han ofrecido alguna vez un "porro" o una dosis de cocaína?		
3. ¿Le han molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?		
4. ¿Se ha planteado en alguna ocasión hacer algo de ejercicio semanalmente?		
5. ¿Considera usted que duerme las horas necesarias para estar a tono durante el día?		
6. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?		
7. ¿Se ha planteado seriamente en alguna ocasión dejar de fumar?		
8. ¿Le han comentado alguna vez que debería comer más frutas y verduras?		
9. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?		
10. ¿Le han comentado en alguna ocasión que debería fumar menos?		
11. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?		
12. ¿Se ha planteado en alguna ocasión cambiar sus costumbres de consumir pastillas para dormir por técnicas de relajación?		

NOTA: Las preguntas 3, 6, 9 y 11 configuran el test de CAGE.

Una respuesta afirmativa a dos o más de estas cuatro preguntas indica posible dependencia del alcohol.

Martín-Zurro A (director) 1996.

*INVESTIGADORES
NOVELES*

TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO
CON ANTAGONISTAS OPIÁCEOS DEPOT.
UNA ALTERNATIVA EN EL TRATAMIENTO
DE DEPENDIENTES DE OPIÁCEOS.

J. Eduardo Carreño², César E. Álvarez², Gemma I. San Narciso²,
M^a Teresa Bascarán¹, Ana Cerceda³, María Hoyos³,
Collin Brewer⁴, Julio Bobes¹.

¹Área de Psiquiatría de la Universidad de Oviedo (España).

²Clínica Médico Psicológica Asturias de Gijón (España).

³Clínica Médico Psicológica Asturias de Madrid (España).

⁴Stapleford Centre, Londres (Reino Unido).

RESUMEN

Se presentan 156 tratamientos realizados en pacientes con dependencia de opiáceos (criterios CIE-10), con un programa de mantenimiento con antagonistas opiáceos depot (Naltrexona), iniciado tras una pauta de antagonización rápida ambulatoria. Se ha realizado un seguimiento de un año a los pacientes tras el alta. Se concluye, que el programa es seguro para los pacientes; tiene mejor índice de retención que los programas con antagonistas por vía oral, y al menos iguala la de los programas con agonistas, mejorando el cumplimiento (urinoanálisis negativos) de estos últimos.

ABSTRACT

156 treatments are presented carried out in patient with dependence of opiate (CIE-10), with a maintenance program with antagonist opiate depot (Naltrexon), initiate after a rule of ambulatory quick antagoniza-

tion. It has been carried out a pursuit from one year to the patients after the high one. You concludes that the program is safe for the patients; it has better retention index that the programs with antagonist for via oral, and at least it equals that of the programs with agonistas, improving the execution (negative urinalysis) of these last ones.

Palabras clave: Opiáceos, desintoxicación, antagonización rápida, Nal-trexona depot, implantes, seguimiento.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, superada ya la presión asistencial de los años 80s y 90s, y con una red de dispositivos de tratamiento extendida por todo el territorio nacional. La asistencia a los pacientes dependientes de opiáceos, se realiza hoy en día con criterios técnicos y científicos (American Psychiatric Association, 2000) afortunadamente muy alejados de los planteamientos socio-filosófico-morales (al menos bienintencionados) de hace décadas.

La creciente aceptación de que en todos los campos de la medicina, deben revisarse los criterios de tratamiento, según la "medicina basada en la evidencia". Y la cada vez mayor necesidad de adecuar los programas de tratamiento a criterios de eficiencia, han hecho aceptar (Aspler, R; Harding, WM; 1991) que los programas de tratamiento en drogodependencias, deben llevarse a cabo en el contexto menos restrictivo posible que garantice su correcto cumplimiento, es decir, que permita la aplicación segura y eficaz de las medidas terapéuticas. En este contexto, y en el caso de los dependientes de opiáceos, los abordajes terapéuticos más usados en la actualidad, son los programas de mantenimiento con agonistas y con antagonistas opiáceos.

La gran desproporción observada (Fernández, JJ; 1999) a favor de los programas con agonistas, frente a los que utilizan antagonistas. No se deben realmente a grandes ventajas de los primeros, sino a dos importantes limitaciones observadas en los segundos. En primer lugar, antes de iniciar un tratamiento con antagonistas, es necesaria la realización de una correcta desintoxicación física (Torrens M del Moral, E; 2000), que asegure que los receptores opioides estén libres de opiáceos antes de la introducción del antagonista. Esta necesidad, dada la actual presión asistencial, se ha convertido en un autentico cuello de botella para el acceso a este tipo de programas. En segundo lugar, se achaca a los programas

con antagonistas una menor retención en el tratamiento. Siendo precisamente este factor, el más asociado con el éxito del mismo (Sociedad Española de Psiquiatría, 2000).

Nuestro equipo, en colaboración con el grupo de investigación de Stapleford Center en Londres (UK) ha desarrollado un programa de tratamiento, que intenta solventar estos inconvenientes. El programa denominado NIMROD (Naltrexon Implants and Rapid Opioid Detoxification), consiste en la aplicación de una pauta de antagonización rápida ambulatoria, seguida de la colocación de un implante subcutáneo de Naltrexona, junto con el empleo de psicoterapia individual de orientación motivacional y cognitivo-conductual.

MATERIAL Y MÉTODOS

La muestra se compone de los primeros 156 pacientes, que han realizado el protocolo en nuestro Centro (entre Septiembre de 1998 y Octubre del 2000).

2.1.- Criterios de Inclusión: Se utilizaron en el estudio los siguientes criterios de inclusión de pacientes:

- Pacientes con criterios de Dependencia de Opiáceos CIE-10.
- Cumplir los requisitos del centro para ser admitidos a tratamiento.
- No presentar patología o circunstancia concomitante que contraindique el tratamiento o dificultase su evaluación y seguimiento.
- Aceptar el protocolo de tratamiento, firmando un consentimiento informado.
- Iniciar el programa entre Septiembre de 1998 y Octubre del 2000.

2.2.- Instrumentos de evaluación: Los resultados del estudio, se han obtenido de la revisión de las historias clínicas de los pacientes incluidas las pruebas complementarias (analíticas...), y de los instrumentos de evaluación y ayuda al diagnóstico aplicados. En nuestro protocolo, hemos utilizado los siguientes:

- Historia clínica standard del centro.
- EuropASI (Kokkevi, A; Hartgers, C; 1995).
- Escala de Gold (Gold, MS; 1993).
- Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI-plus) (Bobes, J; Bousño, M; González, P; 1997).

- International Personality Disorders Examination (I.P.D.E.) (Loranger, AW; 1988).
- Analíticas de orina (Triage® Merck).

2.3.- Métodos: El análisis estadístico ha sido llevado a cabo utilizando el paquete estadístico SPSS 9.0. En todos los casos valores de p inferior a 0.5 fueron considerados estadísticamente significativo.

RESULTADOS

3.1.- Descripción de la muestra: En la muestra que presentamos, se han incluido los primeros 156 pacientes que, en nuestro centro, han realizado el protocolo de tratamiento mediante implantes subcutáneos de Naltrexona, iniciado mediante Pauta de Antagonización Rápida ambulatoria (Naltrexon Implants and Rapid Opioid Detoxification). Sus datos sociodemográficos y de consumo, se resumen en las Tablas 1 y 2. La recogida de la muestra, se realizó entre los meses de Septiembre de 1998, fecha en que comenzó a utilizarse el programa, y Octubre del 2000, con el fin de poder incluir en el estudio un periodo de seguimiento de 12 meses tras el alta clínica, en el total de los pacientes que componen la muestra.

Los datos obtenidos sobre la comorbilidad psicofísica de la muestra, se presentan en la Tabla 3, no encontrándose diferencias significativas con el resto de los pacientes del centro, admitidos en otros programas de tratamiento de dependencia de opiáceos.

3.2.- Desarrollo del programa de tratamiento: El Programa de tratamiento, consiste en un mantenimiento con Naltrexona, utilizada en forma de implante subcutáneo, asociado a una terapia de apoyo psicosocial.

El protocolo de tratamiento es el siguiente:

1ª Visita:

- Evaluación de la demanda e indicación del Programa
- Constatación objetiva del estado de consumo
- Evaluación física completa (principalmente):
 - Gestación
 - Función cardiopulmonar
 - Digestivo

- Pruebas complementarias (analítica...)

- Explicar el protocolo a paciente y familiar responsable
- Firma del consentimiento informado
- Entrega de la medicación e instrucciones por escrito al familiar
- Se realiza la P.A.R.A. en el domicilio del paciente, bajo la supervisión del familiar responsable

2ª Visita: (a las 24 h.)

- Reevaluación del paciente (medicación sí procede)
- Revisar resultados de pruebas complementarias
- Escala de Gold (paciente, familiar y médico)
- EuropASI (se repite a los 6 meses y al año)
- Colocación del Implante

3ª Visita: (a las 48 h.)

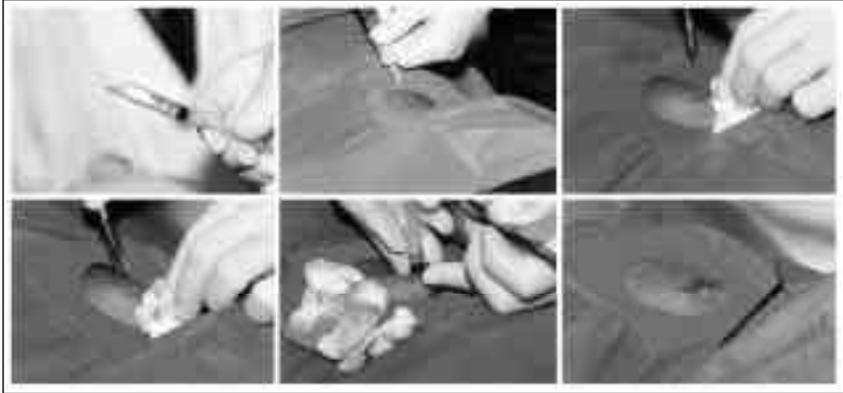
- Control de la herida quirúrgica
- M.I.N.I. plus, e I.P.D.E.
- Analítica de drogas en orina, si procede

La pauta de medicación utilizada en la Antagonización rápida, se resume en la Tabla 4, y es la comúnmente utilizada en nuestro medio (Carreño, JE; Bobes, J; Sánchez del Rio, J; Alvarez, CE; San Narciso, GI; Pérez, SF; García, M; 1998), a partir de 1998, en que se introdujo en los protocolos de medicación el Octreotido, análogo estructural de la Somatostatina, que ha eliminado en la practica los problemas gastrointestinales, tan comunes antes de su uso.

El Implante, es un cilindro de 22 mm. de largo por 9 mm. de ancho, que contiene 1 gr. de Naltrexona conjugada con un ester glicérico, y con 40 mgr de Triamcinolona, montado en una jeringuilla con un corte biselado. Su colocación, es muy sencilla:

- En primer lugar, se anestesia la zona (tercio inferior de la pared anterolateral del abdomen), nosotros usamos Bupivacaína al 0.5% con Epinefrina como vasoconstrictor.
- Se realiza una primera incisión superficial con bisturí (no más de 2 cm).
- Se construye un fondo de saco en el tejido subcutáneo con la tijera de disección para dar alojamiento al cilindro de Naltrexona.
- Introducimos la jeringuilla del implante en el fondo de saco, presionando el embolo para colocar el implante en su lugar, comprobando que queda en posición.
- Finalmente, cerramos el fondo de saco con dos puntos internos reabsorbibles, y con tres externos de seda.

El implante, mantiene, a partir de los primeros 15 minutos, unos niveles de 10 ngr/ml de Naltrexona en sangre, durante 8-11 semanas (Foster, J; Brewer, C; 1998) (aunque en las tres ultimas, los niveles no son constantes, por lo que se recomienda su sustitución cada dos meses).



La terapia asociada, es individual, de orientación cognitivo-motivacional (Miller, WR; 1985), y el programa se revisa cada dos meses, valorando la evolución del paciente.

Tras el periodo de tratamiento con Naltrexona, que oscila entre nueve meses y un año, según los pacientes, estos realizan un programa de seguimiento, sin antagonistas, pero con controles analíticos de al menos tres meses, antes de proponer el alta clínica. La media de implantes de los pacientes de la muestra antes de pasar a la vía oral fue de 2.3, tres pacientes utilizaron cinco implantes, y dos utilizaron seis, declinando utilizar la vía oral durante todo el programa.

Tras el alta clínica, se propone a los pacientes un periodo de seguimiento voluntario, de un año de duración con visitas bimensuales de control analítico.

3.3.- Seguridad: En ninguna de las 156 pautas de antagonización realizadas, se produjo complicación clínica. La valoración de la escala de Gold, en nunca superó la puntuación atribuida a leve, siendo la media de los pacientes de 21.6 puntos. La totalidad de la muestra completó la desintoxicación y pasó al programa de mantenimiento con implantes.

3.4.- Evolución: Distinguiremos la evolución de los pacientes en tres aspectos: el cambio cuantitativo en el índice de severidad de la adicción; el mantenimiento de la abstinencia de opiáceos y otras drogas; y la retención en el tratamiento.

Los datos de gravedad de la adicción, al inicio del tratamiento, se presentan en la figura 1, referidas a las puntuaciones medias de la muestra en el EuropASI. Dichas puntuaciones, evolucionaron a los seis meses y al año, según se expresa en la misma figura. Aunque todas ellas mejoraron excepto el consumo de alcohol y el área de empleo, la única diferencia estadísticamente significativa se encontró en el área drogas, tanto a los seis meses ($p .05$), como al año ($p .01$).

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas, entre los valores medios del EuropASI básales de los pacientes del programa NIMROD, y los que han realizado el programa de mantenimiento por vía oral iniciado con pauta de desintoxicación clásica, excepto en el área de empleo y soportes ($p .05$), a favor del grupo NIMROD. En la evolución del EuropASI a lo largo del tratamiento, se observan diferencias significativas, en el área de drogas al año ($p .01$), y en el área familiar a los seis meses ($p .05$) y al año ($p .05$), también en ambos casos a favor del programa NIMROD.

A lo largo del programa de tratamiento, se realizaron a los pacientes analíticas de consumo de drogas en orina, con periodicidad mensual. Los datos se presentan en la figura 2.

El índice de retención en el tratamiento, figura 3, también es mayor en la muestra (80% al sexto mes, y 65% al año), que en el grupo de pacientes que emplearon la vía oral (42% al sexto mes y 17% al año), siendo así mismo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$). De los 101 pacientes que completaron el programa de tratamiento (un 65% de los que lo iniciaron), 56 (55.44%) acudieron a las visitas de seguimiento propuestas, durante seis meses, y 21 (20.79%) durante el año entero. Manteniendo todos ellos, la negatividad en los controles analíticos para opiáceos.

DISCUSIÓN

Es indudable, que a pesar de los recelos despertados al principio, los tratamientos de mantenimiento con agonistas (principalmente con Metadona), son hoy en día una de las alternativas terapéuticas más utilizadas

(sino la que más), en el tratamiento de los pacientes dependientes de opiáceos (March, JC; Aceijas, C; Carrasco, F; 2001). Además, es innegable la utilidad que han tenido en cuanto a la difusión de las políticas de reducción de daños, que tanto han contribuido a detener la expansión de la epidemia de VIH y otras enfermedades infecciosas relacionadas con el consumo endovenoso (Schottenfeld, RS; Kleber, HD; 1995).

No obstante, en la actualidad, bastantes aspectos de los mismos se hayan sometidos a controversia, por ejemplo: si por su perfil farmacológico es realmente el mejor agonista a utilizar (Baño, MD; López, ML; Agujetas, M; Muñoz, V; Guillén, JL; 2001); si la dispensación cada 24 h. es realmente suficiente en todos los pacientes (Ball, J; Ross, A; 1991); el elevadísimo consumo de otras sustancias entre los usuarios (Casas, M; 1995). Y últimamente, incluso aspectos tan asumidos como su indicación en pacientes VIH positivos, dado que recientemente se ha demostrado que su uso, aumenta la infectividad del VIH (al menos *in Vitro*) y su activación y replicación en células mononucleares (PBMC) infectadas (Li, Y; Wang, X; Tian, S; Guo, CJ; Douglas, SD; Ho, WZ; 2002). Y a sus numerosas interacciones con los nuevos antirretrovirales (Rainey, PM; 2002), o su uso en embarazadas, dada la diferencia observada en el porcentaje de malformaciones y de duración del síndrome de abstinencia neonatal, en comparación con tratamientos con agonistas parciales (Rohrmeister, K; Bernert, G; Langer, M; Fischer, G; Weninger, M; Pollk, A; 2001), y con antagonistas (Greenberg, M; 2000) (Hulse, GK; O'Neill, G; Pereira, C; Brewer, C; 2001).

En este contexto, y teniendo en cuenta las recomendaciones de OMS, APA, y SEP entre otros organismos, de llevar a cabo los tratamientos en el contexto menos restrictivo posible (Sociedad española de Psiquiatría, 2000), con el fin de interferir mínimamente con la experiencia vital de los pacientes, y de llevar a cabo una adecuada desensibilización de los estímulos condicionados por el consumo (para lo que estos deben estar presentes, pero no deben producirse nuevos refuerzos positivos). La única alternativa válida a los programas con agonistas, son los programas de mantenimiento con antagonistas.

Los programas con antagonistas (Naltrexona), reúnen una serie de ventajas que los hacen ser muy útiles en el abordaje de la dependencia de opiáceos. Algunas aceptadas clásicamente, como sus escasas contraindicaciones y efectos secundarios (González, JP; Brogden, RD; 1988), su falta casi absoluta de interacciones medicamentosas (Kleber, HD; 1994) (excepto con los fármacos opioides claro esta), y el que se obtengan resul-

tados a corto plazo (Olmos-Espinosa, R; Madoz-Gurpide, A; Ochoa, E; 2001). Y otras de hallazgo más reciente, como por ejemplo que su uso potencia la actividad a nivel de linfocitos CD4 de los nuevos antirretrovirales (Gekker, G; Lokensgard, JR; Peterson, PK; 2001), o que previene malformaciones, disminuye la duración del SAO neonatal y favorece la maduración fetal, en su uso en gestantes dependientes tras desintoxicación (Hulse et al. 2001) (Medina, M; Lujan, M; Rodríguez, R; 1997) (Keshet, GI; Weinstock, M; 1995). Lo que hace replantearse la adscripción a determinados modelos de tratamiento de determinados pacientes como los VIH positivos o las embarazadas, tradicionalmente seleccionados para mantenimientos con agonistas.

Sin embargo la Naltrexona, se ha visto relegada a un segundo lugar (al menos en cuanto al número de tratamientos), por tres inconvenientes que se achacan a su uso.

En primer lugar, antes de iniciar una terapia con antagonistas, es necesario desintoxicar físicamente al paciente (Sociedad Española de Psiquiatría, 2000). En segundo lugar, los programas de mantenimiento con antagonistas, parecen presentar (en general) menor aceptación por parte de los pacientes, lo que lleva en tercer lugar a que presenten menor índice de retención en tratamiento que los programas con agonistas (Torrens et al. 2000).

La necesidad de una desintoxicación previa, es una limitación importante, dada la saturación de muchas unidades de desintoxicación hospitalaria, y el escaso rendimiento de las desintoxicaciones ambulatorias (aunque la aparición de las pautas cortas y ultracortas, esta cambiando rápidamente este panorama) (Alvarez, FJ; Del Rio, MC; 1998), que en muchas ocasiones convierte la necesidad de desintoxicar en un auténtico limitador para el inicio de los tratamientos.

Evidentemente, para un programa de mantenimiento con antagonistas, el tipo de desintoxicación previa es un factor de menor importancia. No obstante el iniciar el programa mediante una pauta de antagonización rápida ambulatoria, como es nuestro caso, posee varias ventajas. Para el paciente acorta los plazos entre las situaciones de consumo y abstinencia, con una mínima incidencia en su realidad diaria, permitiendo además una intervención psicoterapéutica precoz. Demostrándose, que los pacientes que provienen de una pauta de antagonización, continúan en mayor número intervenciones posteriores que los que han realizado una desintoxicación clásica (Carreño, JE; Sánchez del Rio, J; Ortíz, R; Calvo, R; Alvarez, CE; Pérez, SF; 1996).

No nos corresponde aquí, comentar la seguridad o eficiencia de las Pautas de Antagonización Rápida ambulatorias (PARa) como métodos de desintoxicación, pues eso ya ha sido abundantemente demostrado en otros estudios (Carreño et al. 1998) (Carreño, JE; Bobes, J; 1998) (Gutiérrez, M; Ballesteros, J; Figueirido, JL; Elizagarate, E; 1995) (Olcina, J; Miñana, L; Martín, JL; Salort Ronda, L; Soler, E; 1998). Si conviene mencionar dos aspectos relevantes para el programa que estamos analizando, y que derivan precisamente de las características de nuestros pacientes. En primer lugar, el hecho de que la efectividad de las PARA este próxima al 100% hace que sea un método de desintoxicación ideal, precisamente en aquellos pacientes que han realizado numerosos intentos anteriores (Carreño et al. 1998). En segundo lugar, el hecho de no tener solución de continuidad entre la desintoxicación y el programa de deshabituación, disminuye los abandonos en este periodo (Group for the Advancement of Psychiatry, 1991), y facilita la adherencia al tratamiento posterior (Carreño et al. 1998).

Hay que destacar la confortabilidad de la desintoxicación percibida por los pacientes, que se corresponde con la baja puntuación de la escala de Gold en la muestra (21.6 puntos). Dado que dichos resultados no pueden atribuirse a un escaso consumo de los pacientes, pues sus datos de consumo, se corresponden con los habitualmente hallados en nuestro medio (Observatorio Español de Drogas, 1998), este hecho puede deberse a la alta motivación de los pacientes (sobre todo debido a su situación sociofamiliar), que es capaz de disminuir la sintomatología de abstinencia percibida (López, E; Marot, M; Medrano, J; 1992), y al uso seriado de octeotrido en la pauta de antagonización, que ha conseguido minimizar los síntomas gastrointestinales, que los pacientes percibían como los más desagradables durante la antagonización (Carreño et al. 1998) (Olcina et al. 1998).

El menor índice de retención en estos programas, es así mismo un grave inconveniente, pues se ha demostrado que el tiempo que un paciente esta realizando un programa (sea cual sea este), es el factor más significativamente asociado al éxito del mismo (Grupo Interdisciplinar sobre Drogas, 1992). Sin embargo, no creemos que esta menor retención sea achacable a una insatisfacción del usuario con los programas con antagonistas. En algunos de los últimos estudios evaluados, el grado de satisfacción percibido por los pacientes, es muy alto (Pharmazan, 2002), y así mismo las cifras de retención son bastante más altas de las esperadas (64.3% al sexto mes) (Ochoa, E; Arias, F; Somoza, JC; Vicente, N; Jordá, L; 1992). En nuestro propio trabajo, el índice de retención es supe-

rior a los obtenidos en series tratadas con antagonistas por vía oral, y se aproxima e incluso supera a algunos de los obtenidos en tratamientos de mantenimiento con agonistas (80% al sexto mes, y 65% al año) (Escudero, M; 2000). Sobre los que tiene la ventaja, de la pronta negativización de los controles en orina, y el mantenimiento de estos, ya que en algunos estudios con agonistas, aún se presentan urinoanálisis positivos en el 50% de las muestras a los dos años de comenzado el programa (Fernández, JJ; Gutiérrez, E; 1999).

El uso de preparados depot, no es desde luego nuevo en psiquiatría (Goodman, A; Rall, T; Nies, A; Taylor, P; 1994) y se ha demostrado repetidamente, que su utilización mejora el cumplimiento de los pacientes. En nuestro caso, esta mejora del cumplimiento terapéutico es esencial, pues garantizar una adecuada antagonización: Previene los riesgos de sobredosis, por consumos accidentales o intencionados (Carreño et al. 1998). Permite llevar a cabo una psicoterapia eficaz, sin las consecuencias (nuevos refuerzos, y efectos psíquicos de las sustancias), de recaídas puntuales (Casas, M; 1995). Y aumenta la adherencia al tratamiento (López et al. 1992).

Precisamente dos de estos factores, son de vital importancia, pues como comentábamos, diversos estudios (Grupo Interdisciplinar sobre Drogas, 1992) han demostrado que los dos factores que más ligados están al éxito terapéutico de un programa en drogodependencias, son el tiempo en que un paciente esta en el programa (independientemente de la naturaleza del mismo), y el realizar una asistencia psicoterapéutica integrada en el mismo.

El uso de implantes, garantiza unos niveles estables de Naltrexona en sangre de 10 ngr/ml durante dos meses (Foster et al. 1998), debemos recordar, que la dosis mínima para asegurar un bloqueo opioide eficaz, es de 1 ngr/ml, para mantener esta dosis, por vía oral se alcanzan concentraciones de entre 80 y 120 ngr/ml diarias (Meyer, M; Straughn, A; Lo, M; Schary, W; Whitney, C; 1984) (Navaratnam, V; Jamaludin, A; Raman, N; Mohamed, M; Mansor, S; 1994), por lo que la sobrecarga metabólica es menor con implantes que con la vía oral, factor este no muy importante, pues la Naltrexona por vía oral ha demostrado sobradamente su inocuidad, incluso en enfermos hepáticos (García-Alonso, F. et al. 1989), pero que también debe ser tenido en cuenta a la hora de plantearse posibles indicaciones y contraindicaciones de un PMN.

El programa NIMROD, es seguro para los pacientes. No se han producido complicaciones graves, ni en la fase de antagonización, ni en la de

mantenimiento (aunque la serie es aún escasa), y los abandonos producidos durante el programa, no han sido por factores directamente relacionados con el mismo.

Un factor cada vez mas a destacar al evaluar el "rendimiento" de un programa terapéutico, es la evolución del índice de severidad de la adicción (Guerra, D; 1999). En nuestra muestra, no se aprecian diferencias significativas entre sus valores basales y los obtenidos en otros estudios de nuestro entorno (Fernández, JJ; 1998) (Gutiérrez, E; Saíz, P; González, MP; 1998). Como tampoco se encuentran dichas diferencias en sus características demográficas, de consumo, y comorbilidad física y psiquiátrica (Fernández, JJ; 1998) (excepto un nivel de seropositividad VIH desusadamente bajo, incluso para los parámetros actuales).

La evolución del EuropASI, ha sido positiva en todas las áreas, excepto en la del consumo de alcohol, y mayor ha sido la disminución de la gravedad, en aquellas áreas que dependen directamente del tratamiento como el área de consumo de drogas, y el área médica y psiquiátrica, como es el caso de otros estudios (Gutiérrez, E; Saíz, P; García, N; Fernández, P; González, MP; Fernández, JJ; Bobes, J; 2001). Consideramos por tanto eficaz y efectivo al programa desde un punto de vista objetivo.

Existen escasas referencias en la literatura, sobre resultados del seguimiento postratamiento. Probablemente por lo dificultoso de su realización (Rohrmeister et al. 2001) (Escudero, M; 2000) (Sánchez-Carbonell, J; Cami, J; Brigos, B; 1998) (Girón, S; Martín, JM; 2001). En nuestra serie, se ha comprobado un 55,44% de urinoanálisis negativos a los seis meses, y un 20,79% al año, tras el alta clínica. En ambos casos, se trata de las cifras más altas referenciadas, en el caso de programas con antagonistas, y además con comprobación objetiva, al contrario de otros trabajos, en que se informa sobre el mantenimiento de la abstinencia por métodos indirectos, o no objetivables (Secades, R; Fernández, JR; Fernández, J; 2001). Esto nos da una idea del excelente rendimiento a largo plazo del programa.

CONCLUSIONES

1. El programa NIMROD es seguro para los pacientes.
2. El programa de mantenimiento con antagonistas depot, tiene mayor índice de retención que los programas con antagonistas por vía oral, e iguala (al menos) el de los programas con agonistas.
3. La abstinencia se alcanza en menos plazo, y se mantiene durante mas tiempo, que en los programas con agonistas o antagonistas convencionales.
4. Su efectividad, comprobada a largo plazo, es muy elevada.
5. El programa NIMROD, es una buena alternativa en el tratamiento de la dependencia a opiáceos.
6. Se necesitan series más amplias de pacientes, para determinar con mayor exactitud el perfil de los adscritos al programa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarez FJ, Del Río MC. "Desintoxicaciones ultracortas: del triunfo de la farmacología a la innovación tecnológica" *Rev Esp Drogodependencias* 1998; 23 (3): 197-199
- American Psychiatric Association "Psychiatric Self-Assessment & Review", (traducción española). Ed. Medical Trends S.L. Barcelona, 2000
- Aspler R, Harding WM. "Cost-effectiveness analysis of drug abuse treatment: current status and recommendations for future research". En: Background Papers on Drug Abuse Financing and Services Approach; Drug Abuse Services Research Series, número 1, DHHS Publication (ADM) 91-17777. Rockville, MD, National Institute on Drug Abuse, 1991
- Ball J, Ross A. "The effectiveness of Methadone maintenance treatment". Nueva York. Springer-Verlag, 1991
- Baño M^aD, López M^aL, Agujetas M, Muñoz V, Guillen JL. "De la Metadona al LAAM: nuevos perfiles terapéuticos. Utilidad de la monitorización terapéutica (MT)". *Adicciones*, 2001; 13 (3): 305-314
- Bobes J, Bousoño M, González P. "Manejo de los trastornos mentales y del comportamiento en Asistencia primaria" Oviedo: Gofer; 1997
- Carreño JE, Bobes J, Sánchez del Río J, Alvarez CE, San Narciso GI, Pérez SF, García M. "Pautas de Antagonización Rápida Ambulatoria en dependientes de opiáceos. Análisis comparativo" *Rev Esp Drogodependencias*, 1998; 23 (3): 261-284
- Carreño JE, Bobes J. "24 hour detoxification at home" En: 4th International Stapleford Conference on Addiction management. Ed. Libro de Actas "Recent developments in Rapid Opiate Detoxification and Naltrexone maintenance:

- Implications for Treatment agencies and the Criminal Justice System", 1998; Londres
- Carreño, J.E.; Sánchez del Río, J.; Ortíz, R.; Calvo, R.; Alvarez, C.E.; Pérez, S.F. "Pautas de Inducción Rápida. Modelos ambulatorios en Asturias". *Psiquiatría Biológica*, 1996; 3 (6): 207-216
- Casas M. "Presente y futuro de los programas con agonistas opiáceos" *Adicciones*, 1995; 7(4): 411-422
- Escudero M. "Evaluación a 4 años de una muestra de 40 participantes en un programa de mantenimiento con Metadona en Barcelona". *Adicciones* 2000; 12 (3): 383-394
- Fernández JJ. "Evaluación de programas de mantenimiento con agonistas opiáceos". Libro de actas II Jornadas autonómicas Socidrogalcohol Asturias, Oviedo 1998: 219-229
- Fernández JJ. "Evolución histórica de los programas de mantenimiento con agonistas opiáceos" En: Fernández JJ. Marina P. "Manual de los tratamientos de mantenimiento con opiáceos" 1 ed. Oviedo: Papiro; 1999. p 19-46
- Fernández JJ. Gutiérrez E. "Evaluación de los programas de mantenimiento con agonistas opiáceos" En: Fernández JJ. Marina P. "Manual de los tratamientos de mantenimiento con opiáceos" 1 ed. Oviedo: Papiro; 1999. p 19-46
- Foster J, Brewer C. "Naltrexone implants completely prevent early (one month) relapse after opiate detoxification". *Addiction Biol*, 1998;4:232.
- García-Alonso, F. et al. "A multicentre study to introduce naltrexona for opiate dependence in Spain". *Drug Alcohol Depend* 23: 117-121, 1989.
- Gekker G, Lokensgard JR, Peterson PK. "Naltrexone potentiates anti-HIV-1 activity of antiretroviral drugs in CD4(+) lymphocyte cultures". *Drug Alcohol Depend*, 2001; 64 (3): 257-263
- Giron S, Martín JM. "Seguimiento de una muestra de heroinómanos a los seis años de tratamiento: relación del tiempo de permanencia con la evolución". *Rev Esp Drogodep* 1998; 23 (1): 25-34
- Gold MS. "Opiate Addiction and the locus coeruleus. The clinical utility of Clonidine, Naltrexone, Methadone, and Buprenorfine" *Psychiatric Clinics of North America*, 1993; 16: 61-73
- González JP, Brogden RD. "Naltrexone: a review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties and therapeutic efficacy in the management of Opioid dependence". *Drugs*, 1988; 35: 192-213
- Goodman A, Rall T, Nies A, Taylor P. "Las bases farmacológicas de la terapéutica" 8.ª ed. Mexico: Medicina Panamericana, 1994
- Greenberg M. "Ultraprapid opioid detoxification of two children with congenital heart disease". *J Addict Dis*, 2000; 19 (4): 53-58
- Group for the Advancement of Psychiatry. Committee on Alcoholism and the Addictions "Substance Abuse Disorders: A Psychiatric Priority" *Am J Psychiatry*, 1991; 148(10): 1291-1300
- Grupo Interdisciplinar sobre drogas "Los estudios de seguimiento. Una experiencia metodológica" 1 ed. Madrid: Fundamentos; 1992
- Guerra D. "El índice de severidad de la adicción". En: Cabrera J, Delgado S,

- Torrecilla J. "Medicina legal en drogodependencias" 1ª ed. Madrid, Agencia antidroga, 1999, P: 147-184
- Gutiérrez, M. "Desintoxicaciones ultracortas de opiáceos". Coloquios en drogodependencias 1997;1(3):10-11.
- Gutiérrez M, Ballesteros J, Figueirido JL, Elizagarate E. "Las desintoxicaciones ultracortas con antagonistas opiáceos" En: Casas M, Gutiérrez M, San L. editores "Avances en Drogodependencias. Tratamiento farmacológico" 1ª ed. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, 1995
- Gutiérrez E, Saíz P, González MP. "Definición del perfil de buen respondedor a los programas de mantenimiento con Naltrexona". Adicciones 1998; 10 (4): 321-333
- Gutiérrez E, Saíz P, García N, Fernández P, González MP, Fernández JJ, Bobes J. "Evolución de la gravedad de la adicción a los dos años de tratamiento en pacientes heroínómanos". Adicciones 2001; 13 (1): 51-60
- Hulse GK, O'Neill G, Pereira C, Brewer C. "Obstetric and neonatal outcomes associated with maternal naltrexone exposure". Aust N Z J Obstet Gynaecol, 2001; 41 (4): 424-428
- Keshet GI, Weinstock M. "Maternal naltrexone prevents morphological and behavioural alterations induced in rats by prenatal stress". Pharmacol Biochem Behav, 1995; 50 (3): 413-419
- Kleber HD. "Opioids: detoxification". En: "Textbook of substance abuse treatment". Editado: Galanter M, Kleber HD. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994
- Kokkevi A, Hartgers C. "EuropASI: European adaptation of a multidimensional assesment instrument for drug and alcohol dependence". Eur. Addict. Res. 1995; 1: 208-210.
- Li Y, Wang X, Tian S, Guo CJ, Douglas SD, Ho WZ. "Methadone enhances HIV infection of human immune cells". J Infect Dis, 2002; 185: 118-122
- López, E.; Marot, M.; Medrano, J., "Efectos de la preparación clínica del ingreso, en la retención de una unidad de Desintoxicación Hospitalaria". Adicciones. 4, 4: 263-270, 1992.
- Loranger AW. "Personality Disorder Examination (PDE) Manual Yonkers", New York: DV Comunications; 1988.
- March JC, Aceijas C, Carrasco F. "Evaluación de los tratamientos con Metadona en Andalucía (ETMA). Resultados del estudio piloto". Adicciones, 2001; 13 (2): 153-158
- Medina M, Lujan M, Rodriguez R. "Influence of chronic prenatal and postnatal administration of naltrexone in locomotor activity induced by morphine in mice". Arch Med Res, 1997; 28 (1): 61-65
- Meyer m, Straughn A, Lo M, Scharly W, Whitney C. "Bioequivalence dose-proportionality and pharmacokinetics or naltrexone after oral administration". J Clin Psychiat 1984; 45 (9): 15-19
- Miller WR. "Motivation for treatment: a review". Psychol Bull, 1985; 98: 84-107
- Navaratnam V, Jamaludin A, Raman N, Mohamed M, Mansor S. "Determination of naltrexone dosage for narcotic agonist blockade in detoxified Asian addicts". Drug and Alcohol Depend. 1994, 34, 231-6

- Observatorio Español de Drogas "Indicador Tratamiento, Urgencias y Mortalidad" ed: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 1998
- Ochoa E, Arias F, Somoza JC, Vicente N, Jordá L. "Retención de un programa de tratamiento con Naltrexona: Dos años de seguimiento". *Adicciones* 1992; 4 (3): 207-212
- Olcina J, Miñana L, Martín Ruiz JL, Salort Ronda J, Soler E. "Un protocolo de desintoxicación ultracorta de opiáceos en medio hospitalario: Evolución hacia una mayor seguridad y confort para el paciente" *Rev Esp Drogodependencias*, 1998; 23(4): 350-365
- Olmos-Espinosa R, Madoz-Gurpide A, Ochoa E. "Situación al año de los adictos a opiáceos que siguieron tratamiento ambulatorio tras desintoxicación hospitalaria". *Adicciones*, 2001; 13 (2): 173-178
- Rainey PM. "HIV drugs interactions: the good, the bad, and the other". *Drug Monit*, 2002; 24 (1): 26-31
- "Resultados estudio epidemiológico de satisfacción del tratamiento con antagonistas opioides". *Pharmazian* 2002
- Rohrmeister K, Bernert G, langer M, Fischer G, Weninger M, Pollak A. "Opiate addiction in gravidity - consequences for the newborn. Results of an interdisciplinary treatment concept". *Geburts Neonat*, 2001; 205 (6): 224-230
- Sánchez-Carbonell J, Cami J, Brigos B. "Follow-up of heroin addicts in Spain (EMETYST Project): results 1 year after treatment admisión". *Br J Addiction* 1988; 83
- Secades R, Fernández JR, Fernández J. "Evaluación de la eficacia del programa de tratamiento de Proyecto Hombre de Asturias". *Adicciones* 2001; 13 (sup 1): 119
- Schottenfeld RS, Kleber HD. "Methadone maintenance". En: "Comprehensive textbook of psychiatry" 6ª ed. Editado por: Kaplan HI, Sadock BJ. Baltimore, Williams & Wilkins, 1995
- Sociedad Española de Psiquiatría "Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre Diagnóstico y Tratamiento del alcoholismo y otras dependencias" Madrid: Aula médica; 2000
- Torrens M. Del Moral E. "Tratamiento de los trastornos por adicción a sustancias" En: Cervilla JA. García-Ribera C. "Fundamentos biológicos en Psiquiatría" 1 ed. Barcelona: Masson SA; 2000. p 353-364.

Correspondencia:

Dr. J. Eduardo Carreño.

Clínica Médico Psicológica Asturias.

C/ Asturias, 8 – 5º. 33206 – Gijón – Asturias.

Tel: 985 341607

e-mail: cmedico@telecable.es

TABLA 1
Datos sociodemográficos (N = 156)

Sexo	Varones 98%
Edad	X = 28.9
Estado civil	Con pareja 75%
Situación laboral	Trabajo estable 83.3%
Nivel de estudios	Sin estudios o primarios 16.6% Medios o técnicos 79.1% Superiores 4.16%

TABLA 2
Datos de consumo (N = 156)

Sustancia	Heroína 80.58% Metadona 6.08% Heroína + Metadona 13.33%
Vía de administración	Inhalada 85.4% Inyectada 14.6%
Tiempo de consumo	X = 6.2 años
Tiempo desde la última recaída	X = 9.5 meses
Consumo diario	De _ a 1 gr 87.5% 1 gr 12.5%
Número de tratamientos anteriores	C = 9

TABLA 3
Comorbilidad

Psiquiátrica	Física
T. de Personalidad	V.I.H. 0.57%
• Disocial 37.5%	V. Hb 4.16%
• Impulsivo 25%	V. HC 20.6%
• Esquizoide 2.08%	E.T.S. 20.8%
T. mixto por ansiedad-depresión 39.5%	E.P.O.C. 35.4%
T. de angustia 18.75%	

TABLA 4
Pauta de Antagonización Rápida

Premedicación (hora -1)	Octreotida 200 mgr. (2 viales V.S.C.)
Primera toma (hora 0)	Famotidina 40 mg. (1 comp.) Ondansetrón 12 mg. (3 comp.) Midazolam 22,5 mg (3 comp.) Clorazepato dipotásico 50 mg (1 comp.) Clonidina 0,450 mg (3 comp.)
Segunda toma (hora 0 + 45 min.)	Metoclopramida 10 mg (1 comp.) Naltrexona 50 mg (1 comp.)
Tercera toma (hora 0 + 105 min.)	Clonidina 0,300 mg (2 comp.) Metoclopramida 10 mg (1 comp.) Butilbromuro de Hioscina 20 mg (2 comp.)

Figura 1.
Evolución de puntuaciones medias de europASI
(NIMROD) N = 156

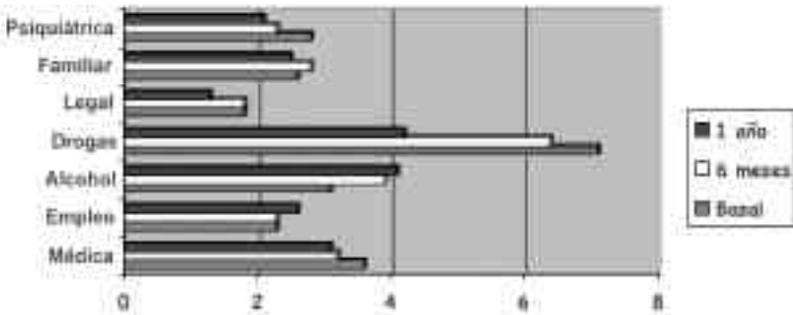


Figura 2.
Analíticas positivas en orina
NIMROD (N = 156) Vía oral (N = 248)

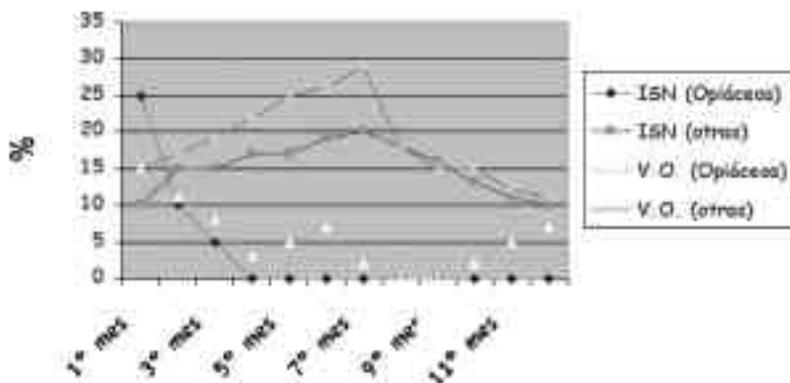
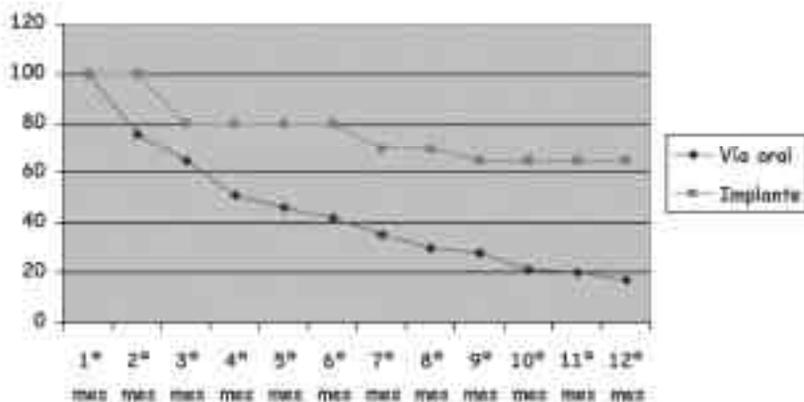


Figura 3.
Índice de retención NIMROD Vs. Vía oral



*FORO
POLÍTICO*

SOBRE EL ALCOHOL, LOS JÓVENES Y LA CORRESPONSABILIDAD

Silvia Mendieta¹

César Pascual²

¹Jefe Servicio de Drogodependencias

²Comisionado Regional sobre Drogas
Gobierno de Cantabria

Más de 2.000 jóvenes son admitidos a tratamiento cada año por problemas relacionados con el uso o dependencia del alcohol en la red de centros dependientes de los Planes Autonómicos sobre Drogas. Posiblemente esta cifra que se vería ampliamente incrementada si se registraran las admisiones producidas en Centros de Atención Primaria, centros de salud mental, otras instituciones y asociaciones de autoayuda.

El modelo recreativo de consumo de alcohol con el que habitualmente se caracterizan las relaciones que los jóvenes mantienen con esta sustancia, debe ser cuestionado, puesto que una parte significativa de los mismos, afirma beber por motivaciones que nada tienen que ver con lo lúdico, siendo además muy frecuente la presencia de problemas asociados a su consumo.

No es cierto que se beba porque no hay alternativas. Alternativas existen y muchas. Nos encontramos ante la generación joven que más ocio practica y más diverso, que más cosas pueden hacer, con mayores posibilidades y tecnológicas, deportivas y lúdicas. Pero lo cierto es que a un gran número de ellos los fines de semana este tipo de ocio no les interesa, aunque se haya intentado acoplar a los horarios del mundo juvenil. Tenemos a jóvenes estudiando que no saben para que estudian, con grandes cotas de libertad pero no saben para que quieren tanta libertad ni como usarla, que disponen de mucho tiempo no necesariamente libre, con padres tan "colegas" que rayan la indiferencia. Jóvenes socializados en el valor del triunfo fácil, la gratificación inmediata con el mínimo

esfuerzo, jóvenes en gran medida consentidos en sus caprichos y sin ninguna capacidad de frustración que les permita asumir los fracasos. Se trata de jóvenes mediatizados que no aciertan a comprender el por qué de gran parte de sus actitudes y comportamientos que con un automatismo repiten hasta el aburrimiento.

El punto de partida es que no es cierto que los jóvenes carezcan de alternativas al botellón. Probablemente sea esta la generación que goza de más medios en la reciente historia de España: bibliotecas, cines, ordenadores, instalaciones deportivas, posibilidades de asociacionismo con infinidad de fines... El botellón no es el único recurso, sino una opción deliberada y, por tanto, elegida, que elimina muchas otras. Las causas habrá que detectarlas en el sistema de valores y, en esto, la responsabilidad de los padres y los educadores no es pequeña.

Podemos afirmar que nos encontramos ante una generación mimada y protegida por poderes públicos, que se caracteriza por una escala de valores circunscrita a privilegios sin mención alguna a deberes, fuera de cualquier cultura del esfuerzo. Probablemente, el problema fundamental en nuestro país es que nuestro pasado de dictadura nos ha impedido separar la represión de la disciplina razonable, como bien dice el Dr. Rojas Marcos. La más mínima exigencia se vive como una limitación de derechos. Pero, quizá, lo peor de todo es que les estamos limitando también el derecho a dar, a otorgar algo de sí mismos que les haga sentirse a gusto, que les satisfaga, que refuerce su ego y restañe heridas si las hay.

Aún estando así el orden de las cosas, ningún gobierno puede resignarse a que la juventud adopte como principal entretenimiento colectivo la costumbre de emborracharse a en la calle.

Desde la Administración es evidente que la prevención nos ocupa y nos preocupa, aunque sorprendentemente todavía algunos tengan dudas. En la demagogia fácil tienen cabida todos, especialmente aquellos que no han destacado por su esfuerzo riguroso demostrable. Entendiendo por prevención actuaciones que llevamos a cabo para anticipar pautas de comportamiento que queremos modificar y no cualquier cosa (afortunadamente hemos superado ya la etapa del "todo vale"), el objetivo mínimo de los programas de prevención debe ser retrasar la edad de inicio en el consumo, y el objetivo último alcanzar un estilo de vida saludable, comprendiendo en la definición de vida saludable no sólo el aspecto físico, sino el psíquico, sociocultural y ético. Una persona con una vida saludable será autónoma, respetuosa, tolerante, solidaria y participativa y, en consecuencia, difícilmente dependerá de una droga, aun-

que consuma alguna, incluso más, aunque en alguna ocasión pueda llegar a situarse en situación de riesgo conflictivo en su relación con las drogas o llegue a perder en algún momento puntual el control sobre ellas. Sin embargo es el posicionamiento responsable ante ellas quién le permitirá el reconocimiento de los excesos y su posterior control.

Por tanto, a las medidas educativas como la información y la formación de menores y jóvenes sobre el alcohol, consumo y abuso (sobre todo de padres y responsables familiares para que aumente la percepción de riesgo del consumo abusivo) debemos sumar posibles medidas reparadoras de las acciones propias (reparadoras que no sancionadoras) como puede ser la imposición de trabajos en beneficio de la Comunidad o la responsabilidad subsidiaria de los padres de los menores y, por supuesto, la propia de los jóvenes ante sus conductas.

Ahora más que nunca, cuando las tendencias del consumo en nuestro país van en aumento, no es posible que como padres de familia, como maestros, o bien como ciudadanos comunes continuemos esperando únicamente las acciones del gobierno o de la escuela. Es ya tiempo de asumir la tan necesaria corresponsabilidad social; cada quién habrá de responder de acuerdo a la función social que desempeñe. No nos engañemos ante la demagogia fácil ni caigamos en las profecías autocumplidas: o asumimos nuestra cuota de responsabilidad o los hechos, tozudos ellos, se encargarán de situarnos en el justo lugar que nos habremos merecido, aunque quizá para entonces el precio de nuestra irresponsabilidad sea demasiado caro.

RECENSIONES DE LIBROS

TÍTULO:

**JÓVENES Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN. LA COMUNICACIÓN
MEDIÁTICA ENTRE LOS JÓVENES MADRILEÑOS**

AUTORES:

**Elena Rodríguez San Julián
José Navarro Botella
Ignacio Megías Quirós**

EDITADO:

**FAD 2001
INJUVE 2001**

279 páginas

De todos es sabido el poder de persuasión y la gran influencia de los medios de comunicación sobre las actitudes, creencias, valores etc, sobre todo en nuestra población joven. Esta publicación es un estudio sobre la juventud y los medios de comunicación, realizado por el Instituto de la Juventud y la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

Los objetivos planteados en este estudio son, por un lado, conocer la estructura de la comunicación mediática a la que tienen acceso los jóvenes y por otro lado, analizar los vínculos entre los itinerarios de comunicación existentes y diversos aspectos valorativos y conductuales de la realidad juvenil.

Para ello han realizado entrevistas a 1.600 jóvenes de entre 14 y 24 años residentes en un centenar de barrios del municipio de Madrid.

Para la consecución de los objetivos, comienzan con la descripción de los principales aspectos de la metodología de investigación llevada a cabo, para a continuación desarrollar los siguientes apartados:

“Descripción y perfiles de la audiencia de los programas analizados” donde se analiza toda la información relacionada con los distintos soportes (televisión, radio, prensa y otras publicaciones) y programas comunicativos incluidos en la encuesta (en televisión: series, magazines/variedades, programas musicales, noticiarios, documentales y canales locales; en radio: programas musicales, magazines, programas informativos, programas deportivos, radios libres y comunitarias; en prensa: periódicos y suplementos, diarios deportivos, revistas del corazón, revistas de divulgación, revistas de informática/Videojuegos, otras revistas y otras publicaciones; en Internet: portales, páginas y temas de mayor interés).

“El acercamiento a los programas mediáticos desde una perspectiva global” en él se analiza tanto el acceso a los distintos medios de comunicación agrupando homogéneamente los programas según su contenido, como las características diferenciales de los jóvenes que acceden a cada grupo.

“Una cierta conexión entre el acercamiento a los medios y las preferencias valorativas” en el que se detallan los resultados de las relaciones observadas que se establecen entre las frecuencias de acceso a determinados medios y las preferencias valorativas de los jóvenes. Mediante un análisis factorial se configuran nueve factores o tipos de valores distintos: Pragmático, Altruista-Normativo, Defensa Aborto-Eutanasia, Presentista, Aventurero, Autoritario-Xenófobo, Hedonista, Incívico-Ventajista.

Esta publicación pone de manifiesto el creciente interés social por la utilidad que los jóvenes hacen de la información que les llega de los distintos medios de comunicación. Es un estudio amplio e interesante para todos aquellos profesionales preocupados por esa relación jóvenes-medios de comunicación.

Susana Fernández Ruiz
Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID)

RECENSIONES DE LIBROS

TÍTULO:

**MUJERES Y DROGAS DE SÍNTESIS.
GÉNERO Y RIESGO EN LA CULTURA DEL BAILE**

AUTOR:

Nuria Romo Avilés

EDITADO:

Tercera Prensa-Hirugarren Prentsa S.L. 2001

304 páginas

La presente obra es el resultado de una investigación antropológica en la que se analiza el uso de “drogas de síntesis” de forma comparada entre varones y mujeres. Los resultados se basan en el trabajo de campo etnográfico, entre los años 1994 y 1998 en entornos de ocio juvenil asociados al consumo de las señaladas sustancias en España, completándose con visitas esporádicas a Holanda e Inglaterra.

Comienza con una Introducción donde expone el objetivo de la investigación, así como las preguntas a las que ha tratado de responder la autora, haciendo una revisión de los antecedentes y estado actual del tema en el capítulo I.

El capítulo II describe la metodología utilizada en la investigación, explicando en qué consiste el trabajo de campo mediante observación participante, que permitió el acceso a redes de consumidores/as y el establecimiento de la confianza necesaria para abrir otras nuevas. Accediendo tanto a los procesos de consumo, como a los de la venta de estas sustancias.

Los capítulos III y IV tratan de analizar las diferencias de género en el momento de enfrentarse al consumo de “éxtasis” en el entorno de “la cultura del baile”.

En el capítulo III se describen las características sociodemográficas de los/as consumidores/as, el uso de drogas de las personas entrevistadas, información sobre la sustancia antes del primer consumo, características de la iniciación en el consumo, forma de obtención de las sustancias, motivos y razones para iniciarse, formas de administración, frecuencia de uso y dosificación.

El capítulo IV está dedicado a las formas de policonsumo que acompañan al "éxtasis". Se describen las combinaciones habituales del "éxtasis" con otras drogas, haciendo posteriormente una descripción detallada de las formas de uso de cada una: media de edad en el inicio, patrón de consumo, problemas percibidos de salud asociados a cada una de ellas, así como dificultades para el abandono de las mismas.

El capítulo V describe el movimiento juvenil que rodea al uso de drogas de síntesis, denominado "cultura del baile", "cultura del éxtasis", movimiento "rave", "La Fiesta"; como manera de expresión colectiva, mediante la construcción de estilos de vida distintivos, localizados fundamentalmente en el tiempo libre.

Distingue dos épocas en la historia del movimiento: los inicios desde 1987 hasta 1992 y la popularización y extensión desde 1992 en adelante. Examinando la evolución del tipo de música, asociación con conductas delictivas y violencia, el tipo de relación sexual, el control de la seguridad de los eventos, las situaciones de poder de los disjokeys, etc.

Por último analiza "la percepción y la acción frente al riesgo en "La Fiesta", relacionándolas con los roles de género definidos socialmente, así como las estrategias de limitación de riesgo utilizadas por las mujeres.

El capítulo VI trata de la participación de las mujeres en los mercados de "éxtasis", haciendo primero un recorrido por la estructura de dicho mercado, características de los vendedores/as, detenciones y denuncias; terminando con la presentación de los casos de dos mujeres vendedoras.

Finalmente el capítulo VII presenta las conclusiones generales del estudio, terminando con las posibles implicaciones para la salud pública.

Conviene resaltar el enfoque de género asumido por la autora y su aplicación al estudio de las drogas de síntesis, lo cual es innovador en las investigaciones sobre el uso de drogas, teniendo en cuenta además que según el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) las mujeres drogodependientes están peor vistas que los hombres y que sólo hay una mujer en tratamiento por cada tres hombres, este estudio es útil tanto para investigadores como para todos los interesados en la acción preventiva y terapéutica

A lo largo del libro se presentan los resultados de la investigación en diversos gráficos y tablas, lo cual hace más accesible la cantidad de datos suministrados. Pero lo más destacable y que hace amena su lectura son las continuas notas de campo de la autora y los extractos de entrevistas con usuarios/as de “éxtasis” que nos proporcionan pequeños retazos de vida cotidiana dentro de la “cultura del baile”.

Elena Soto Torrealba

*Servicio de Salud Mental. Diputación de Alicante
Colaboradora del Instituto de Investigación de Drogodependencias*

RECENSIONES DE LIBROS

TÍTULO:
TRASTORNOS ADICTIVOS

COORDINADORES:
Francesc Giner
Gaspar Cervera

EDITA:
Generalitat Valenciana

725 páginas

El presente manual ha sido elaborado por la Conselleria de Benestar Social desde la Direcció General de Dogodependències y los autores que en él aparecen son profesionales que se enfrentan día a día con el mundo de las adicciones, aportando sus conocimientos adquiridos tanto desde una perspectiva clínica como investigadora.

Los autores que aparecen en el libro son en total 36, y la información que nos aportan es bastante enriquecedora, ya que tienen una formación multidisciplinar y proceden de muy diversos lugares: desde Universidades españolas (Universidad de Valencia, Universidad de Valladolid, Universidad Autónoma de Barcelona, Universidad del País Vasco); desde diferentes Unidades de Conductas Adictivas y Unidades de Alcoholología (UCA del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, UCA de Castellón, UCA de Valencia, UCA de Alicante, UA de Alicante) y desde otras instituciones como el Complejo asistencial de Salud Mental Benito Menni (Barcelona), Dirección General de Dogodependencias (Generalitat Valenciana), Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (Diputación de Valencia), Consejería de Sanidad de Consumo y Bienestar Social (Gobierno de Cantabria), etc.

El libro está formado por catorce capítulos, de los cuales los cuatro primeros están dedicados a una aproximación general a las Drogodependencias, organizados en torno a los siguientes temas: Las teorías y los tratamientos actuales, Investigación básica y genética en drogodependencias, Bases documentales en drogodependencias y Epidemiología de consumo de drogas.

Los siete capítulos siguientes conforman la parte central del manual y en cada uno de ellos aparecen todas las sustancias adictivas, tanto las legales como las ilegales (opíáceos, alcohol, cocaína, anfetaminas, alucinógenos, drogas de diseño, benzodiacepinas, cannabis, tabaco). En cada apartado se ofrece una información actualizada sobre dicha sustancia así como sus efectos, tratamientos, etc.

Aparece otro capítulo dedicado a los trastornos de la personalidad del grupo B y trastornos relacionados con sustancias, comentando estudios epidemiológicos, criterios de diagnósticos y diagnósticos diferencial, técnicas de la entrevista e instrumento para la evaluación internacional de la personalidad, comorbilidad entre drogodependencias y trastornos de la personalidad, tratamiento psicobiológico.

No se olvidan de otro tipo de adicción que en este caso no es hacia ninguna sustancia tóxica en concreto; se trata de la ludopatía, dedicando un capítulo del libro a comentar la patología y clínica del juego de azar.

Por último, podemos encontrar un capítulo dedicado a la calidad asistencial, tema que en los últimos años ha ido ganando terreno dentro del campo de las drogodependencias y hoy día es de vital importancia, ya que tiene en cuenta la mejora de los servicios recibidos por parte de los usuarios que requieren asistencia en drogodependencias.

El uso y abuso de drogas continua siendo uno de los principales motivos de preocupación entre la población, tanto de nuestra comunidad como de todo el territorio nacional. Por ello, creo que es muy interesante este tipo de publicaciones, en el cual se abordan las drogodependencias desde diferentes puntos de vista, intentando dar soluciones a tan viejo problema.

En definitiva, este es un manual interesante y bastante completo dirigido a todos aquellos profesionales que desde diferentes perspectivas, se dedican a trabajar en el mundo de las drogodependencias, tanto desde un punto de vista clínico como investigador.

Susana Fernández Ruiz
Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID)

CURSOS

CURSOS DE ESPECIALISTA UNIVERSITARIO EN DROGODEPENDENCIAS 2002/2003 (2ª EDICIÓN)

“Especialista Universitario en Asistencia y Drogodependencias” (250 h.)

“Especialista Universitario en Ley y Drogodependencias” (250 h.)

“Especialista Universitario en Prevención y Drogodependencias” (250 h.)

Calendario: Octubre 2002-Junio 2003. Fines de semanas alternos (viernes tarde y sábado mañana y tarde).

Fecha de pre-inscripción: 15 de Julio hasta 27 de Septiembre de 2002.

Formalización de matrículas: 1 de Octubre hasta 15 de Octubre de 2002.

Matrícula: 1.200 euros.

Distribución de la carga lectiva:

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

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

Lugar de celebración:

Clases teóricas y mesas redondas: Facultad de Medicina de la Universidad Miguel Hernández en San Juan (Alicante)

Coordinador del curso: José A. García del Castillo Rodríguez
Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID).

Universidad Miguel Hernández (UMH).

MAESTRÍA IBEROAMERICANA EN DROGODEPENDENCIAS (ON LINE)

Calendario: Octubre 2002-Junio 2004.

Universidades participantes:

- Universidad Miguel Hernández (INID) Alicante. España.
(<http://inid.umh.es>)
- Fundación Universitaria Luis Amigó. Colombia
(<http://www.amigomed.edu.co>)
- Universidad Estatal a Distancia. UNED. Costa Rica.
(<http://www.uned.ace.cr>)
- Universidad de Deusto (IDD). Bilbao. España.
(<http://www.deusto.es>)
- Universidad Nacional de Educación a Distancia.
(UNED) España. (<http://www.uned.es>)
- Universidad Peruana Cayetano Heredia.
Perú. (<http://www.upch.edu.pe>)
- Universidad Nacional Federico Villareal.
Perú. (<http://www.unfv-bib.edu.pe>)
- Universidad Nacional Experimental Simón Rodríguez.
Venezuela. (<http://www.unesr.edu.ve>)

Modalidad de estudios: a distancia y virtual.

Precio: US\$ 2.000 (2000 euros)

Áreas de especialización: Prevención y Tratamiento. Para cada una de ellas se debe realizar una pasantía la cual podrá realizarse en una universidad y/o país diferente. Se requerirá también la elaboración de una tesis de grado que deberá realizarse de acuerdo con las líneas de investigación propuestas por la Maestría.

PLAN DE ESTUDIOS

Primer ciclo:

- Comprensión de la problemática global en materia de drogas.
- Desarrollo sostenible, salud mental y calidad de vida.
- Bases bio-psico-sociales de las drogodependencias.
- Fundamentos de la prevención.
- Investigación aplicada a las ciencias sociales de la conducta y la salud.

Segundo ciclo:

- Aspectos básicos de intervención.
- Psicología y desarrollo de la personalidad de alto riesgo.
- Proyecto I.
- Legislación en materia de drogas.
- Familia y drogodependencias.

Tercer ciclo:**Prevención:**

- Promoción y prevención integral.
- Planificación y evaluación de programas de prevención.
- Proyecto II.

Tratamiento:

- Clínica de las adicciones I.
- Planificación y evaluación de programas de rehabilitación.
- Proyecto II.

Cuarto ciclo:**Prevención:**

- Modelos y técnicas de asesoramiento a individuos y grupos en materia de drogas.
- Pasantía.

Tratamiento:

- Clínica de las adicciones II.
- Tratamiento, rehabilitación y reinserción social de los drogodependientes.
- Pasantía.

Requisito de graduación. Tesis final de grado.

Más información: www.unireddrogas.org

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 publicaran 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 _____ Piso _____ Pta. _____

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

Datos Profesionales _____

Titulación Académica _____ Especialidad _____

Centro de Trabajo _____ Cargo _____

Actividades profesionales privadas _____

Suscríbame a la REVISTA SALUD Y DROGAS _____

* Suscripción gratuita



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





GENERALITAT
VALENCIANA

CONSELLERIA DE BENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓ GENERAL DE DROGODEPENDÈNCIES



INSTITUTO
DE INVESTIGACIÓN
DE DROGODEPENDENCIAS
Universidad Miguel Hernández