

Noticias

REUNION DE LA SOCIEDAD PARA EL ESTUDIO DE PROBLEMAS SOCIALES

La Sociedad para el Estudio de Problemas Sociales (Society for the Study of Social Problems) se reunió en Pennsylvania (EE. UU.) los días 18 al 20 de agosto de 1992. Cuatro sesiones duró la División de Alcohol y Drogas.

La primera abordó el tema de la formación de problemas en el campo de las drogas. James D. Orcutt habló sobre la manipulación de los medios de comunicación al generalizar resultados que sólo ocurren en una muestra reducida de población e interpretar como grave y peligrosa cualquier variación en esos resultados. La política de investigación sobre el alcohol y la polémica que suscita fue discutida por Joseph Gusfield, quien observó que en Norteamérica existe la concepción de que el alcohol es dañino y sólo produce consecuencias negativas. La mayoría de la investigación en Norteamérica pone el énfasis en la embriaguez y en la destrucción de las relaciones humanas más que enfocarse en el tema desde los beneficios y la diversión que procura el uso del alcohol. Su consumo ocurre generalmente en un contexto social, y la sociología debe estudiar el sentido social subyacente en los diferentes contextos y compararlos con las normas generales de la sociedad. David J. Pittman señaló que los que quieren llamar la atención sobre los problemas que resultan del uso de drogas suelen exagerar frecuentemente sus efectos patológicos. Desde 1980, se atribuye el aumento de este fenómeno al abandono del paradigma de alcoholismo y otras adicciones como enfermedades por sí mismas. Este abandono deja a los especialistas sin una explicación del uso excesivo. Craig Reinerman denunció el enfoque casi obsesivo de atajar las drogas presente en los Estados Unidos, e interpretó este hecho como un conflicto de los valores del protestantismo ascético desarrollado durante el siglo XIX y el énfasis en el consumo producido durante el siglo XX.

La segunda sesión se dedicó al tema de la entrada y salida de conductas desviadas. Andrew Golub, Carla Lewis y Bruce Johnson

investigaron la dinámica del gran aumento del consumo de crack entre 1984 y 1986. Basado en entrevistas con 1.003 consumidores en Nueva York, se reveló que casi todos los nuevos usuarios de crack se reclutaron de los ya consumidores de cocaína en forma de polvo. Este hecho llegó a su extremo en 1986, declinando luego. Se concluye que combatir legislativamente contra una sola droga no va a solucionar el problema más general; más bien, la política debe enfocarse en sus esfuerzos a desanimar de antemano el inicio del uso de toda clase de drogas fuertes.

Una investigación sobre el uso de drogas y los fenómenos relacionados entre reclusos de ambos sexos en un programa de tratamiento para el abuso de drogas en una prisión del estado de Ohio, presentado por Keith Kilty, revela que la mayoría de los sujetos han experimentado al menos con cocaína (78%) y marihuana (69%), y la tercera parte consumió estas drogas diariamente. Asimismo, el 36% fue arrestado por vender droga (27%) o consumirlas (9%), pero el 43% fue detenido por robar. Dos terceras partes tiene antecedentes penales, con una media aritmética de 2'4; y el 42% de los presos tiene antecedentes a causa de la droga.

"Causas y consecuencias del uso de drogas" fue el tema de la tercera sesión. Brece Johnson y John Muffler analizaron los datos epidemiológicos del consumo de marihuana, heroína, cocaína en forma de polvo y cocaína "crack", concluyendo que las primeras tres drogas han llegado a la cumbre en cuanto a su consumo y ahora están en un estado de declinación. Aunque los resultados recientes indican que el número de usuarios de crack ya no está aumentando, dos terceras partes de los usuarios lo consumen diariamente y obtienen dinero a través del robo o de la venta de droga. Socialmente, el gran aumento de crack se relaciona con el aumento de otros problemas en la sociedad norteamericana desde 1980: desempleo, escuelas de baja calidad en barrios pobres y falta de tratamiento efectivo contra la adicción a la cocaína. Se compararon los datos de un sondeo nacional sobre la violencia en la familia con el consumo de alcohol en aquellos casos de violencia de los padres hacia sus hijos. Susan Cunningham

presentó los resultados, revelando que la violencia contra los hijos ocurre con mayor frecuencia en padres que beben mucho y en padres que han sufrido maltrato físico de sus padres durante la adolescencia. Sin embargo, dentro de los niveles de consumo de alcohol, la violencia física ocurre menos en padres con ocupaciones que requieren mayor educación, y en madres en relación con los padres.

En la cuarta sesión se discutió el consumo de alcohol entre estudiantes universitarios, así como el tratamiento de alcohólicos y sus familiares. Darrell Irwin entrevistó a estudiantes en dos universidades sobre el uso de drogas y el efecto de los programas preventivos en dichas universidades. Los resultados revelaron que los estudiantes de la universidad que posee un pequeño programa contra las drogas consumen menos drogas y tiene menos problemas relacionados con su uso. Sin embargo, las pautas del uso del alcohol, LSD y marihuana en esta misma universidad quedan más escondidas. Las motivaciones para consumir alcohol entre estudiantes universitarios fueron investigadas por Hugh Klein. Las más importantes incluyeron beber para relajarse, para disminuir tensiones, para celebrar una ocasión especial y para gozar el sabor de las bebidas. Todas estas motivaciones se relacionaron significativamente con un uso excesivo del alcohol, por lo menos ocasionalmente. Por otra parte, las motivaciones menos mencionadas para beber incluyeron la influencia del grupo de iguales y evadir problemas con amigos o familia. Ninguna de estas motivaciones se relacionaron significativamente con el uso excesivo de alcohol. Cordell H. Thomas informó sobre la contradicción de ofrecer tratamiento a alcohólicos y, a su vez, establecer que el alcoholismo no tiene cura y probablemente no sea una enfermedad. Pero la organización de Alcohólicos Anónimos trata este tema con la estrategia siguiente: las iglesias protestantes, de gran importancia en Estados Unidos, asumen que la naturaleza humana contiene defectos fundamentales. En contraste, la filosofía de Alcohólicos Anónimos asume que la naturaleza humana es, en el fondo, buena, pero llegó a ser defectiva a causa del consumo excesivo del alcohol. Así, el programa de tratamiento de Alcohólicos Anónimos se centra sólo en manejar el alcoholismo, en vez de renovar por entero la personalidad.

James F. Rooney
Universidad de Pennsylvania

CONVOCADAS LAS BECAS ZAMBON

El Grupo Zambon convoca la sexta edición de sus Becas en farmacología clínica para licenciados y doctores en Medicina y Farmacia.

Como el año anterior se convocan dos modalidades: la **Beca Junior**, para recientes licenciados con una experiencia mínima de un año, como colaborador en una Unidad de Investigación que permitirá al becado formarse en el **Instituto Mario Negri**, uno de los Centros de experimentación más reconocidos a nivel mundial, y las **Becas Senior** para doctores con una experiencia profesional mínima de 4 años en investigación con una duración más flexible adaptables a las necesidades y compromisos profesionales de cada persona que les permitirá profundizar en el tema deseado con una amplia gama de posibilidades, desde una exhaustiva revisión bibliográfica hasta la más especializada investigación con la última tecnología aplicada.

Además, la Beca Junior está dotada con 2'1 millones de pesetas y las Becas Senior con 3'4 millones de pesetas. En ambos casos incluyen la estancia en la Residencia del **Instituto Mario Negri** de Milán, una dotación económica así como los gastos de desplazamiento.

Más detalles sobre las Becas pueden solicitarse al Apdo. de Correos 638 de Barcelona.

ZAMBON LANZA POTENDAL

POTENDAL el nuevo antibiótico de **Zambón**, es capaz de solucionar las infecciones bacterianas severas de la Neumología, Otorrinolaringología, Traumatología, Urología y Cardiología y de cualquier infección en un paciente inmunodeprimido con una posología a medida del paciente y de la gravedad de la infección.

En las infecciones bacterianas severas o cualquier infección bacteriana en un paciente inmunodeprimido POTENDAL, cuyo principio activo es **ceftazidima**, es **Potencia antibiótica inteligente**.

POTENDAL es **potente** porque presenta una potencia comparable a la del antibiótico de referencia para cada germen y cada infección. Es un **antibiótico** con un amplio espectro de acción e **inteligente** porque alcanza la máxima potencia en el foco infeccioso que es donde se necesita porque tiene una amplia y rápida difusión tisular y humoral.

ABSTRACTS DEL "DRUG ADDICTION MEDICAL FORUM" (PALMA DE MALLORCA, NOVIEMBRE DE 1992).

Tal y como señalamos en su día en esta misma sección, consideramos de indudable interés las aportaciones expuestas en la reunión internacional sobre drogadicción celebrada en Palma de Mallorca el pasado mes de noviembre, auspiciada por Laboratorios Zambón, S. A. (Pharmazam). Por esta razón, incluimos seguidamente los 14 abstracts de que constó el evento, con el propósito de que la Revista ayude a la divulgación no solo de las citas de interés, sino también del contenido científico que ofrezcan.

INTRODUCCION

Dr. Lluís San Molina.

Sección de Toxicomanías. Hospital Universitario del Mar. Barcelona.

El abordaje asistencial del fenómeno de la adicción a las drogas exige, cada vez más, la incorporación de un lenguaje multidisciplinar, en el cual deben tener cabida diversos sectores relacionados con la investigación básica y clínica, así como la colaboración de la Administración y la Industria Farmacéutica. Sólo a partir de la interacción entre los diversos sectores implicados se podrá llegar a una mayor eficacia en los resultados obtenidos.

En la presente reunión se intenta dar una visión global en la cual estén representados aspectos generales como la epidemiología, la legislación, la prevención así como los aspectos socio-sanitarios. Desde el punto de vista asistencial se presta una especial atención al tema del SIDA, la atención a los drogodependientes en medio hospitalario, las relaciones existentes entre las toxicomanías y la psiquiatría y la necesidad de una formación profesional en este ámbito. Por último se realizará una revisión sobre el sustrato biológico de la adicción así como otros aspectos generales del tratamiento, con un especial énfasis en la evaluación de los programas terapéuticos.

Es evidente que el intentar realizar una revisión general de los aspectos globales relacionados con el fenómeno de la adicción presenta limitaciones, sin embargo creemos que también resulta de interés una puesta al día de estos conceptos con los cuales la

mayoría de asistentes a la reunión están familiarizados.

EPIDEMIOLOGIA DE LAS DROGODEPENDENCIAS.

Dr. Miguel Gili Miner

Dpto. Ciencias Socio-Sanitarias. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla.

En esta ponencia se revisan los métodos y procedimientos utilizados para conocer la incidencia y prevalencia de las drogodependencias en las distintas comunidades españolas y su impacto sanitario, social y económico, con especial interés en los méritos y limitaciones de cada uno de los procedimientos. Se evalúa la importancia de las estadísticas de mortalidad y de morbilidad proporcionadas por organismos oficiales, como las del Instituto Nacional de Estadística (Movimiento Natural de la Población de España, Encuesta de Morbilidad Hospitalaria) y las del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT), revisando sus ventajas, sus inconvenientes y su potencial de perfeccionamiento.

Se describen los diferentes tipos de encuestas de base poblacional (encuesta postal, telefónica y entrevista personal) y sus respectivos méritos e inconvenientes, analizando las variantes de sesgos más frecuentes e importantes en este tipo de estudios, particularmente los tipos de sesgo de selección y de información más peligrosos, y su distinto impacto según el tipo de problema y el ámbito donde se realice el estudio.

Se analiza el valor de otros tipos de encuestas, particularmente los de ámbito con prevalencias elevadas y el de la Atención Primaria de Salud, revisando el status actual del problema y los nuevos instrumentos para la detección de problemas relacionados con las drogas, su fiabilidad y validez, con particular énfasis sobre los resultados obtenidos en España. Finalmente, se revisan algunas nuevas técnicas analíticas y tendencias, y las necesidades más prioritarias de la investigación epidemiológica sobre drogodependencias en España.

PREVENCION

Dr. Michael Gossop

Unidad de Investigación y Tratamiento Clínico de la Drogodependencia. Hospital Bethlem Royal y Hospital Maudsley. Lon-

dres.

En estos últimos años, se ha dedicado un gran esfuerzo a la prevención de los problemas de la droga. Gran parte del avance en el conocimiento sobre la prevención se ha debido a la identificación del VIH y del SIDA. En muchos países europeos, los drogadictos por vía intravenosa están gravemente infectados por el virus y son enfermos de SIDA. Sin embargo, el VIH no es el único riesgo para la salud que corren los consumidores de droga. Estos también están expuestos a padecer graves infecciones de hepatitis de fatales consecuencias. Debido a la preponderante importancia concedida al VIH, las infecciones por hepatitis corren el peligro de convertirse en una epidemia olvidada. La prevención debería relacionarse también con los riesgos y peligros tanto sociales como psicológicos.

La prevención puede llevarse a cabo a muchos niveles. Tradicionalmente, se ha categorizado en prevención primaria (prevención de la ocurrencia de la conducta o problema objetivo); prevención secundaria (reducción de la extensión o gravedad de las conductas o problemas, incluyendo muchas intervenciones dirigidas a reducir el daño producido por el VIH); y prevención terciaria (que a menudo implica el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas). Más allá de estos niveles, la prevención eficaz también requiere prestar atención a las circunstancias específicas en las que el consumo de drogas tiene lugar. La psicología del drogadicto, el patrón de consumo, el grado de dependencia, el ámbito social en el que el consumo tiene lugar, y la naturaleza de cada programa de prevención, tendrán efectos de vital importancia en el resultado. Este estudio examina los tipos de factores que son relevantes en el inicio e implementación de las acciones preventivas.

POLITICA LEGISLATIVA Y DROGA-DICCION

Dr. Bernard Leroy

Programa de las Naciones Unidas para el Control Internacional de la Droga. Viena.

Al atacar los problemas de la oferta y la demanda, todos los países involucrados han optado por plantear soluciones legales para abordar iniciativas en salud, educación y eco-

nomía; y desde el principio de los años setenta, muchas naciones han realizado grandes esfuerzos para introducir una legislación efectiva. Comparando las diferentes legislaciones observamos cómo actitudes lejanas al fenómeno y los modos de controlarlo varían en función de las diferentes situaciones existentes en cada país.

Los países que rechazan considerar el uso de la droga como una ofensa criminal basan su convicción en la creencia de que no existe base legal alguna para prohibir la libertad de acción del individuo sobre su propio cuerpo. Prohibirlo podría -según ellos- contravenir la Declaración de los Derechos Humanos de acuerdo a que "la libertad implica el derecho del individuo a realizar cualquier acción que no sea perjudicial para los demás".

Para aquellos países que apoyan una continua prohibición, tratar el uso de la droga como una conducta criminal tiene una clara base legal. El argumento de que la ley sólo puede prohibir acciones que sean perjudiciales para los demás y que la libertad de uno sobre su propio cuerpo es sagrada es, hoy por hoy, insostenible. Al considerar la naturaleza criminal de una acción, los responsables de implantar las leyes han ampliado su visión más allá del efecto material directo, y consideran los peligros y potenciales consecuencias sociales que subyacen a la misma.

La Convención de 1988 de las Naciones Unidas establece una obligación específica de los Estados de designar como ofensa la adquisición y posesión de drogas por un usuario. Sin embargo, además de o en vez de utilizar medidas represivas, deberían tenerse en cuenta de forma obligatoria o alternativa tratamientos no represivos.

ATENCION AL DROGODEPENDIENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Dr. Pedro Sopolana

Hospital Psiquiátrico de Madrid.

Para el tratamiento del drogodependiente en el Servicio de Urgencias hay que tener presente en primer lugar las dificultades diagnósticas: por tratarse de policonsumidores, por los problemas en la realización de la historia clínica y por las afecciones físicas concomitantes.

Los signos más útiles para la evaluación

diagnóstica son: el nivel de conciencia, la presencia de trastornos psíquicos (alucinaciones, ideas delirantes), las pupilas y las constantes vitales.

Los síndromes agudos más típicos, secundarios al consumo de drogas, abarcan un espectro que va desde el predominio de los síntomas físicos a los psíquicos. Los síntomas FISICOS son manifiestos en las intoxicaciones graves por opioides o depresores del SNC, o en la abstinencia a opioides.

El DELIRIUM es una situación clínica intermedia, que puede ser de tres tipos: D. Adrenérgico, como las intoxicaciones por estimulantes o en la abstinencia por alcohol o benzodiazepinas (D. Tremens). D. Anticolinérgico, en las intoxicaciones por antiparkinsonianos o plantas solanáceas (Datura). El delirium por alucinógenos puede ser con exceso de actividad simpática, como en las intoxicaciones por los derivados de la feniletilamina (MDMA) o por la mescalina, o sin exceso como en las intoxicaciones por LSD o solventes volátiles.

Los cuadros PSQUIIATRICOS: la psicosis alucinatoria-paranoide aguda en las intoxicaciones por estimulantes, o los síndromes depresivos en la abstinencia. El tratamiento de estos cuadros en unas ocasiones será con fármacos específicos (antagonistas opioides o de las benzodiazepinas), y en otros sintomáticos (abstinencia a opioides, psicosis tóxica).

ATENCIÓN AL DROGODEPENDIENTE EN UN HOSPITAL GENERAL

Dr. Jordi Forteza-Rei

Servicio de Medicina Interna. Hospital Son Dureta (Palma de Mallorca).

OBJETIVOS.- Analizar las tendencias en el motivo de Ingreso Hospitalario de los Consumidores de drogas por vía parenteral (CDVP) así como la respuesta de los servicios Hospitalarios frente a estos.

MATERIAL Y METODO.- Se utilizan los registros de ámbito estatal, SEIT, registro nacional de SIDA, grupo multicéntrico de estudio de enfermedades infecciosas en CDVP y los propios de un Hospital General con Unidad de Desintoxicación (Interconsultas de la Unidad de Desintoxicación, Ingresos

Hospitalarios donde en el informe de alta, figura el diagnóstico dependencia de opioides o relacionados (CIE-9MC). Asimismo se analiza el consumo de metadona administrada en el Hospital como Indicador Indirecto de Hospitalizaciones de dependientes de opiáceos y de la actitud de los médicos frente a los toxicómanos.

RESULTADOS.- En el año 1985, de las 1637 Infecciones declaradas al Grupo de Trabajo para el estudio en Infecciones en Drogadictos un 29.5% fueron hepatitis agudas (H.A.) y un 2.3% SIDA, mientras que en 1989 de las 2114 un 5.1% fueron (H.A.) y un 28.6% SIDA.

Durante el período comprendido entre 1986-1991 se realizaron en 518 ingresos, consultadas a la Unidad de Desintoxicación, siendo el año 1987 cuando se realizaron el mayor número de consultas para descender progresivamente cada año. El consumo de metadona intrahospitalario fue en 1987 de 14496 mgrs. y en 1991 de 25921mgrs., pasando la forma de administración en cápsulas preparadas por el servicio de farmacia de 13,5% al 94%.

COMENTARIOS.- Parece lógico que el aumento de Ingresos de CDVP haya hecho cambiar las actitudes y aptitudes de los profesionales de los hospitales y que el tipo de patología que actualmente motiva la hospitalización haya cambiado el comportamiento de los heroínómanos durante su ingreso.

DROGAS Y SIDA

Dr. Bonaventura Vlotet

Hospital de Día (VIH). Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona.

La infección por VIH afecta en nuestro medio principalmente al colectivo de usuarios de drogas por vía parenteral. Los individuos con prácticas homosexuales ocupan el segundo lugar y los heterosexuales el tercero si bien porcentualmente son el grupo que más ha crecido durante el último año. Esto se debe a que en el grupo heterosexual el contagio suele ser a través de relaciones sexuales con toxicómanos seropositivos los cuales a pesar de las campañas siguen no utilizando los preservativos ni informando adecuadamente a las parejas sexuales.

Parece evidente que el VIH desde el mis-

mo momento de la infección aguda, por distintos mecanismos, va ocasionando lentamente una destrucción del sistema inmunitario. Es posible que puedan existir cofactores que faciliten o aumenten esta destrucción (coinfecciones por otros virus (CMV, HHV-6, HBV, etc.), *Mycoplasma fermentans* etc) pero lo que resulta evidente es que el VIH desde el inicio de la infección se replica activamente, aunque a un bajo ritmo de replicación, y que progresivamente a lo largo de varios años este ritmo se va incrementando llegando a ser muy alto y conduciendo a una desaparición casi por completo del sistema inmunitario.

Debido a estas características de la infección por el VIH es obvio que el tratamiento antiretroviral debe prescribirse probablemente desde el inicio de la infección o bien a partir del momento en que conozcamos la seropositividad de un individuo. Indudablemente lo que está aún por definir es cuál es el mejor tratamiento inicial aunque como hemos comentado parece existir concordancia entre diferentes grupos de investigadores a cerca de ofrecer alternativas terapéuticas ya desde el principio de la infección. Sin ninguna intervención la pérdida de linfocitos CD4 es progresiva aunque con diferentes ritmos de reducción en función de varias variables (distintas variantes del VIH con mayor o menor agresividad (formación de sincitia; carga viral inicial), tipo de respuesta inmunitaria del paciente, reinfección por el propio VIH, coinfección por otros virus, estado nutricional, tabaquismo, etc.)

FORMACION UNIVERSITARIA DE POSTGRADO EN DROGODEPENDENCIAS: EXPERIENCIA DE LA UNIVERSIDAD DE BARCELONA

Prof. Dr. Miguel Sánchez-Turet

Dpto. de Psiquiatría y Psicología Clínica. Universidad de Barcelona.

El curso "Master" en Drogodependencias de la Universidad de Barcelona empezó a impartirse el año académico 1986-87, quedando definitivamente estructurado como un Curso de Postgrado de 2 años académicos de duración, cuyo Programa comprende en la actualidad un total de 290 horas de clases teóricas (160 horas el primer año y 130 el segundo) y un total de 410 horas de clases prácticas (190 horas el primer año y 220 el

segundo).

Las clases prácticas se llevan a cabo en Instituciones y Centro dependientes de las Administraciones Autonómicas y Locales, que se hallan oficialmente acreditadas por el Pla de Drogodependències del Departament de Sanitat y Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya.

Dado que el mencionado Curso se halla adscrito al Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica de la División de la Salud de la Universidad de Barcelona, para la matriculación en el mismo se precisa de la titulación expedida en alguna de las Facultades o Escuelas que integran la mencionada División (Facultades de Medicina, Psicología, Farmacia, Odontología y Escuela de Enfermería) aceptándose también los Diplomados en las Escuelas de Asistentes Sociales, así como también, excepcionalmente, posgraduados de otras licenciaturas como podrían ser Pedagogía, Derecho, etc., siempre y cuando acrediten una formación y/o experiencia profesional en el campo de las Drogodependencias.

El curso ha contado con ayudas económicas tanto de la Generalitat de Catalunya como del Ministerio de Sanidad y Consumo a través del Plan Nacional sobre Drogas. Especial mención merece el apoyo encontrado en la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD).

PSIQUIATRIA Y DROGODEPENDENCIAS. Necesidad de iniciar un exhaustivo proceso de reflexión científica sobre los resultados obtenidos en los estudios internacionales de la última década.

Dr. Miguel Casas y Dra. Isabel Salazar.

Dpto. Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela.

Las drogodependencias han sido, desde siempre, unos trastornos que han interesado a determinados sectores profesionales de la Medicina, Psicología, Sociología, Criminología, etc. por no citar, naturalmente, a la gran variedad de movimientos sociales y de voluntariado que, a lo largo del presente siglo, han intentado ayudar a los pacientes afectados.

Dentro de la Medicina, han sido las especialidades de Psiquiatría, Medicina Interna y Medicina Legal las que, clásicamente, han

tenido un interés preferente hacia este tipo de patología. A mediados de la década de los años 80 ya fue, sin embargo, evidente que la simple desintoxicación, por muy sofisticadas que fueran las técnicas empleadas, no evitaba las frecuentes recaídas en los hábitos tóxicos, auténtico y verdadero problema clínico en la asistencia a estos pacientes, por lo que, progresivamente, se fueron diseñando y aplicando complejos programas de deshabitación, de orientación preferentemente conductual. Simultáneamente, cada vez fueron más numerosas las voces autorizadas que rechazaban, por demasiado simple, el modelo de "enfermedad exógena" antes referido y que propugnaban la necesaria existencia de unos "factores endógenos" predisponentes. Se empezaba, con ello, a revalorizar un mecanismo etiopatogénico, enunciado ya, en parte, desde hacía años, por las escuelas psicodinámicas: la "hipótesis de la automedicación" en drogodependencias. Todo ello facilitó el que la balanza asistencial se decantara hacia los profesionales de la psiquiatría y la psicología.

No consideramos temerario el afirmar que las conductas adictivas deben ser estudiadas y tratadas en el contexto de un abordaje multidisciplinar polivalente en el que la psicología y la psiquiatría tengan una función clave en la orientación investigadora y asistencial. Para ello es necesario, sin embargo, utilizar todos los recursos a nuestro alcance para facilitar la reflexión y la crítica constructiva sobre el exacto papel que la patología psíquica tiene en la etiopatogenia y procesos de recaída y mantenimiento de las drogodependencias.

BASES BIOLÓGICAS DE LA ADICCIÓN

Dr. Magí Farré

*Instituto Municipal Investigación Médica.
Universidad Autónoma de Barcelona.*

La conducta de búsqueda de una droga ("drug-seeking") es el factor común más importante de todas las adicciones. Esta conducta está asociada con los efectos reforzadores positivos de las drogas de abuso, que se estudian mediante modelos experimentales como los paradigmas de autoadministración o de preferencia condicionada de lugar. Un segundo atributo necesario para mantener la conducta de búsqueda

es la actuación de las drogas como estímulos discriminantes.

La mayor parte de las drogas actúan sobre los circuitos cerebrales de recompensa o premio que se encuentran localizados anatómicamente en el área tegmental ventral. De este lugar surgen haces hasta el núcleo accumbens, corteza límbica, el pálido ventral y la corteza frontal. El mediador de estas terminaciones es la dopamina.

Ha podido determinarse que el sustrato anatómico de los efectos de recompensa de los opioides se encuentra en el área ventral tegmental. Los opioides se unen a unos receptores específicos que se encuentran en el sistema nervioso central y en la periferia. Existen diferentes tipos de receptores opioides (μ , δ y κ) a los que se unen diferentes ligandos endógenos (beta-endorfina, encefalinas y dinorfina, respectivamente).

Los efectos conductuales de los opioides se explican de forma parcial por su acción sobre la actividad dopaminérgica del núcleo accumbens, siendo necesario tener también en cuenta su actividad sobre los propios receptores opioides.

DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA VERSUS DESINTOXICACIÓN AMBULATORIA

Dr. M. Gutiérrez Fraile.

*Dpto. Psiquiatría. Universidad País Vasco y
Hospital Santiago Apóstol. Vitoria.*

Existen numerosos trabajos centrados en el tema que nos ocupa, que tratan de establecer criterios de inclusión o exclusión en una u otra modalidad de tratamiento. Además de las clásicas ventajas descritas para los tratamientos ambulatorios, (más económicos, menos disruptores de la realidad del paciente, subsidiarios de estructuras asistenciales menos sofisticadas, posibilidad de afrontar problemas en el propio medio, etc.) y hospitalarios (enfermos con fracasos previos, ambiente más controlado, posibilidad de abordar otras alteraciones médicas, etc.), ambos presentan inconvenientes específicos. La comorbilidad en estos pacientes es frecuente y ello obliga a veces a utilizar medios asistenciales concretos, situándose el tratamiento en medio hospitalario, ambulatorio, psiquiátrico o médico, en función de la situación clínica, en unas ocasiones, de la situa-

ción asistencial, en otras pudiéndose afirmar que en raras ocasiones, realmente se puede hacer lo que técnicamente corresponde. Otro aspecto importante, lo constituye el valor de la desintoxicación, ambulatoria u hospitalaria, como factor pronóstico en estudios de seguimiento a medio o largo plazo. A estos efectos, presentamos los resultados de un estudio llevado a cabo por nuestro equipo, en el que utilizamos dos muestras de pacientes, hospitalaria (N=56) y ambulatoria (N=67), que posteriormente fueron incluidos en un programa de mantenimiento con Naltrexona a seis meses. Se discuten los resultados a la luz de los conocimientos actuales sobre el tema.

PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA

Dra. Marta Torrens Melich.

Sección de Toxicomanías. Hospital Universitario del Mar. Barcelona.

Los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM) constituyen una de las modalidades terapéuticas más utilizadas en el tratamiento de la dependencia de opiáceos. Desde su introducción, llevada a cabo por Dole y Nyswander en 1964 hasta la actualidad, su eficacia se ha visto ampliamente refrendada por la literatura científica así como por la experiencia de múltiples países.

En los últimos años, y con la aparición de la epidemia por el VIH esta opción terapéutica ha tenido un nuevo impulso y se ha convertido en la estrategia más importante no sólo para el manejo de la adicción a opiáceos sino también y de forma fundamental, en la prevención secundaria de la morbilidad asociada a la infección por el VIH. A su vez, la aparición de esta grave complicación en el curso de la dependencia de opiáceos ha comportado la necesidad de adaptar los PMM a la nueva realidad, tanto en su vertiente asistencial como de salud pública. Los cambios más relevantes se han realizado a nivel de los objetivos propuestos lo que implica importantes modificaciones en el diseño de estos PMM. Todo ello obliga a readaptar los criterios de inclusión y exclusión, así como los criterios de éxito y fracaso a esta nueva realidad.

PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON NALTREXONA

Dr. L. Gallimberti.

Instituto de Medicina Legal. Universidad de Padua.

En Italia, la naltrexona ha sido entendida como una alternativa terapéutica dentro del tratamiento multimodal de las drogodependencias. Presentamos los resultados de 1989 y 1991 de dos Unidades de Salud locales: Dolo (cerca de Venecia, con 100.000 habitantes) y Padua (al nordeste de Italia, con 380.000 habitantes). En estos Centros, dos grupos de pacientes están siendo tratados con naltrexona: a) pacientes con un breve historial de adicción a la heroína que acaban de entrar en contacto con la Unidad de Tratamiento y cuya situación psicosocial es bastante buena; b) pacientes cuya historia de drogadicción es más larga pero menos severa, y con un ajuste social actual bastante elevado. Los resultados en ambos grupos confirman la eficacia de un tratamiento multimodal; de hecho, se están obteniendo los mejores resultados en aquellos pacientes que han recibido, junto con naltrexona, psicoterapia o tratamiento psicosocial. Además, se logran mejores resultados en pacientes con una más larga historia de contacto con la Unidad. Tras 3 años de trabajo clínico, cerca del 10% de los pacientes de Padua que siguen en contacto con la Unidad de Tratamiento toman naltrexona de forma regular; por otra parte, tras 10 años de experiencia clínica, más de un tercio de los pacientes vistos en la Unidad de Tratamiento de Dolo se les administra regularmente antagonistas opiáceos. En todo este tiempo, no hemos observado ni que haya disminuido el tiempo que permanecen en tratamiento ni que se haya reducido el número de incorporaciones en el conjunto de la población vista en la Unidad. En Estados Unidos, la naltrexona ha sido administrada como tratamiento único (monomodal); en este sentido, los resultados obtenidos sobre permanencia en tratamiento son pobres. En nuestra opinión, tal y como ya hemos dicho, los mayores éxitos se obtienen si se da a los pacientes un apoyo psicosocial y/o terapia psicológica. Creemos que es lo mejor para pacientes mantenidos con naltrexona, al tener en cuenta también la existencia de un alto impulso a consumir opiáceos. En este sentido, se ha sugerido el uso de diferentes asociaciones (con fluoxetine

y 4-OH-butyrate). En nuestra experiencia se obtienen resultados alentadores con la administración del 4-OH-butyrate, de gran ayuda en etapas muy tempranas de la desintoxicación a opiáceos.

EVALUACION Y SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS TERAPEUTICOS

Dr. Javier Sánchez-Carbonell

CSA Garbivent. Barcelona.

Un estudio de seguimiento consiste en la identificación de una muestra de personas en un momento determinado y su posterior entrevista personal y/o localización mediante registros al cabo del tiempo para conocer qué ha ocurrido durante los distintos intervalos. En nuestra comunicación se resumirán los estudios de seguimiento internacionales más representativos y el Estudio Multicéntrico de Evaluación de Tratamientos y Seguimiento de Toxicómanos (Proyecto EMETYST) desarrollado en nuestro país. El EMETYST permitió seguir durante dos años a 311 adictos a heroína que solicitaron tratamiento entre marzo y julio de 1985. La muestra se obtuvo en 16 servicios ambulatorios especializados. Un 78% eran hombres y su edad media fue de 14 años. El 61% inició tratamiento por primera vez. El 76% convivía con sus padres al inicio del tratamiento. Un 10% permaneció en tratamiento un año o más. A lo largo del seguimiento se observó una reducción en el consumo de heroína, cannabis y tranquilizantes, una mejora del estado psicológico y una disminución de las actividades ilegales. Por el contrario, el consumo de cocaína, alcohol y tabaco no experimentó cambios. Tampoco aumentó el tanto por ciento de personas que trabajaban o estudiaban y el estado legal, medido por los juicios, detenciones y encarcelamientos, empeoró. Un 51% no consumía heroína en el seguimiento al año y un 54% a los 2 años. En el último año, el 53% había trabajado por lo menos un día. A lo largo de los 2 años de seguimiento, el 26% ingresó en prisión, por lo menos una vez. A los 2 años, el 65% convivía con sus padres. Las mejorías que se observaron a los 6 meses se mantuvieron a lo largo de los 2 años.

EFFECTOS DE LAS DROGADICCIONES Y VIOLENCIAS EN LA CLINICA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

El próximo 3 de junio en Asunción (Paraguay), organizado por la APPIA (Asociación Paraguaya de Psiquiatría y Psicología de la Infancia y la Adolescencia) y en el marco del IX Congreso Latinoamericano de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia, con participación internacional, se desarrollarán mesas redondas y paneles bajo el lema DROGADICCIONES Y VIOLENCIAS: EFECTOS EN LA CLINICA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES. Algunos de los temas que allí tendrán lugar serán los siguientes: el diagnóstico de las drogadicciones en la infancia y la adolescencia; diagnóstico de las violencias en las familias e instituciones; patologías asociadas a las drogadicciones; diagnóstico de las violencias en las distintas estructuras psicopatológicas; el tratamiento del niño y el adolescente violentos; el tratamiento psicoterapéutico y psicopatología del niño y del adolescente dependiente de las drogas; el tratamiento psicofarmacológico e institucional de los niños y adolescentes drogodependientes; prevención de las drogadicciones en niños y adolescentes; prevención de los maltratos hacia los niños y adolescentes; experiencias de prevención de las drogadicciones en niños, adolescentes y adultos; experiencias de prevención de las violencias en niños, adolescentes y adultos; pedagogía, autoritarismo y violencia; y legislación, criminalidad y drogadicción.

Redacción

LAS CIFRAS DE UN PAIS

España: 133.000 bares; 2.300.000 alcohólicos; tercer país del mundo en consumo de alcohol por habitante; 160 litros de bebidas alcohólicas consumidos anualmente "per capita"; el 76% de sus habitantes son bebedores sociales o habituales; el 60% de los jóvenes de 15 años se han embriagado al menos dos veces en su vida; 15 años es la edad media en que los españoles empiezan a beber alcohol en grupo; entre el 5 y el 10% de las mujeres gestantes abusan del alcohol, provocando el 5% de las malformaciones fetales; 5.633 urgencias hospitalarias en 1992 fueron debidas al abuso del alcohol; el 15% de las muertes ocurridas por accidente de tráfico tienen como causa la embriaguez; 12.000

cirróticos hospitalizados anualmente; se estima en 16.000 millones de pesetas los costes indirectos producidos por el abuso de alcohol; 40.000 toxicómanos en tratamiento; 6.776 toxicómanos con VIH; 28 años es la edad media de los fallecidos por sobredosis de droga; 805 muertes por droga en 1992, 12 de los cuales eran menores de 16 años, y 35 entre los 16 y 18 años; 4.000 detenidos por tráfico de cocaína en 1992; 641 por tráfico de heroína y 105.000 por tráfico de hachís; 10.391 urgencias hospitalarias provocadas por consumo de drogas en 1992; 619.170 millones de pesetas gastados en el bingo durante 1991;

185.751 millones de pesetas perdidos por los jugadores de bingo en 1991 (importe neto); 4.959 millones de pesetas gastados en las máquinas de azar en 1991; 17.000 casos oficiales de SIDA; y 6.858 defunciones por SIDA desde 1981.

(Fuentes: Ministerio de Sanidad y Consumo. Comisión Nacional del Juego, Ministerio del Interior. Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior. Diario El País. Revista Tu Salud, Grupo Zeta. Agencia EFE. Diario Las Provincias).

Redacción