



## ANEXO IV

### JUSTIFICACION DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EN DROGODEPENDENCIAS

#### MEMORIA CIENTÍFICA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

1ª ANUALIDAD

2ª ANUALIDAD

FINAL X

**Número Expediente:** 2007 I 078

**Investigador Principal:** Dr. Francisco González-Saiz

**Otros Investigadores:** Esperanza Vergara Moragues, Óscar M. Lozano, Izaskun Bilbao Acedos, Rosario Ballesta Gómez

**Título Proyecto o subproyecto:** Estabilidad de los trastornos psiquiátricos comórbidos con el consumo de cocaína: trastornos inducidos vs trastornos primarios

**Título Proyecto coordinado en el que se integra** (Sólo en caso de ser un subproyecto)

**Organismo:** Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias e Incorporación Social (FADAIS)

**Centro:** Gerencia

**Departamento:** Unidad de Estudios y Análisis

**Comunidad Autónoma:** Andalucía

**Duración:** 3 años

**Fecha de inicio:** 2007

**Fecha de finalización:** 2010

**Año Convocatoria:** 2007

**Área Temática:** Investigación sobre comorbilidad psiquiátrica y determinantes neuropsicológicos en pacientes drogodependientes fundamentalmente cocainómanos

**Palabras Clave:** cocaína, prevalencia, comorbilidad psiquiátrica, PRISM



## RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** El consumo de cocaína y los problemas relacionados con esta sustancia se están incrementando en España. Además de las consecuencias físicas asociadas a su consumo excesivo, cada vez son más los estudios epidemiológicos que ponen de manifiesto la aparición de altas tasas de otros trastornos psiquiátricos concomitantes al consumo. Esta comorbilidad tiene una implicación directa sobre el tratamiento clínico de los pacientes, siendo necesario diferenciar cuándo se trata de un trastorno inducido frente a un trastorno primario. La presencia de trastornos psiquiátricos en consumidores de drogas se asocia a un peor funcionamiento laboral, y la aparición de problemas familiares y sociales (Rutherford, Cacciola y Alterman, 1994; Drake y Brunette, 1998). A pesar de la disponibilidad de instrumentos diagnósticos específicos para esta población como la *Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders* (PRISM) y de la necesidad de establecer las características clínicas diferenciales de los trastornos inducidos y los primarios con vistas al tratamiento, son pocas las investigaciones empíricas realizadas sobre este tema. En su mayoría, éstas se han centrado en el estudio de trastornos psiquiátricos específicos en personas con dependencia a sustancias psicoactivas (p.e. Groot y cols., 2003; Caton y cols., 2005; Hasin y cols., 2006; Nunes y cols., 2006) y en un estudio se limita la muestra a pacientes con dependencia a alcohol (Ramsey y cols., 2004). Sin embargo, hasta la fecha se han realizado pocos estudios que traten de definir las características diferenciales de ambos trastornos entre consumidores de cocaína (Herrero et al., 2008). Este estudio es un trabajo descriptivo de la prevalencia en comorbilidad psiquiátrica de consumidores de cocaína que supondrá una aportación fundamental para el futuro de la intervención clínica de estos pacientes.

**OBJETIVOS:** 1. estimar la prevalencia de trastornos psicopatológicos (nivel diagnóstico) en una muestra de pacientes diagnosticados de dependencia de cocaína tratados en comunidad terapéutica, 2. estudiar el cambio de la severidad de los síntomas psicopatológicos durante el tratamiento y 3. evaluar la relación entre la presencia de comorbilidad psicopatológica y la retención en tratamiento mediante el análisis de su valor predictivo (pronóstico)

**METODOLOGÍA** **Diseño:** Estudio descriptivo longitudinal **Participantes:** El estudio se ha realizado entre 227 pacientes que inician tratamiento en alguna de las seis comunidades terapéuticas públicas de la Red de Atención a las Drogodependencias de Andalucía De los pacientes que ingresan en las comunidades terapéuticas durante un periodo de trabajo de campo de tres años, han sido candidatos para el estudio quienes cumplieron los criterios de inclusión y ninguno de exclusión.. **Criterios de inclusión:** 1. Diagnóstico de dependencia de cocaína, 2. saber leer y escribir, 3. tener cumplidos 18 años, 4. Firmar consentimiento informado. **Criterios de exclusión:** 1. Abstinencia de más de 45 días. 2. Encefalitis por VIH y otras alteraciones neurológicas severas. **Tamaño muestral:** El cálculo del tamaño de la muestra se realizó a partir de la información facilitada en el estudio de Nunes et al. (2006). Para contrastar el objetivo de nuestro estudio partimos de la hipótesis nula de que no existen cambios en la evolución de los trastornos psiquiátricos primarios e inducidos entre el momento basal y el seguimiento. En la comprobación de esta hipótesis se utilizará la prueba  $\chi^2$  para muestras relacionadas. Si asumimos que la probabilidad de rechazar la hipótesis nula cuando es falsa es 0,9 ( $1-\beta=0,9$ ) y un nivel de significación  $\alpha=0,05$ , el tamaño de la muestra resultante es de 192 participantes. Este cálculo se ha realizado con el software SamplePower 2.0. Dado que los sujetos están en un contexto terapéutico controlado, asumimos un porcentaje de muerte experimental del 10%, por lo que el tamaño final de la muestra es de 212 participantes. Se realizará un muestreo aleatorio sistemático. **Variables e instrumentos:** Se recogerá información relativa a la edad, género, nivel de estudios, situación laboral,



convivencia con familiares consumidores y situación legal del paciente: Cuaderno de recogida de datos. *Craving* de cocaína: *Cocaine Craving Scale*. Estado general de salud: Estado de Salud General del Opiate Treatment Index (OTI) y analítica general y sexológica. Severidad general de la sintomatología depresiva: *Beck Depresión Inventory* (BDI). Severidad general de la sintomatología de ansiedad: STAI. Calidad de vida en consumidores de sustancias: TECVASP. Perfil de personalidad: *Millon Clinical Multiaxial Inventory III* (MCMII-III). Comorbilidad psiquiátrica en consumidores de sustancias: *Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders* (PRISM); Hasin et al., 1996). **Procedimiento:** Los pacientes fueron evaluados en las propias comunidades terapéuticas por una profesional formada en la administración de las pruebas externa al equipo terapéutico. Se realizó un cribado previo de pacientes probables candidatos. Cada participante se evaluó de forma individual en dos momentos distintos del estudio: Evaluación inicial: tuvo lugar entre el día 15-20 del ingreso. Se realizó la evaluación pertinente para comprobar los criterios de selección, tras lo cual se informará al paciente de los objetivos del estudio y se procederá a obtener el consentimiento informado. Posteriormente se evaluó al paciente mediante la batería de instrumentos anteriormente citada. Evaluación de seguimiento: Tuvo lugar entre la semana 12-15 desde el ingreso. Se procedió a la evaluación de las variables de cambio mediante los instrumentos ya citados. **Análisis estadísticos:** La prueba de t para dos muestras relacionadas nos permitió comparar las puntuaciones de las escalas de evaluación de psicopatología pasadas en la *entrevista basal* y en la *entrevista de seguimiento*. El cálculo del tamaño del efecto se ha realizado con el estadístico d de Cohen (Cohen, 1992). Con el objetivo de analizar la relación entre la presencia de comorbilidad psicopatológica y otras variables (sociodemográficas y relacionadas con el tratamiento), se llevó a cabo un análisis mediante la prueba de Chi Cuadrado ( $\chi^2$ ) en el caso de las variables categóricas y a través del estadístico t Student para las variables cuantitativas. Para analizar la relación entre las variables *días de estancia en CT* y los *tipos de alta*, inicialmente se evaluó el supuesto de homogeneidad de varianzas mediante la prueba de Levene y, posteriormente, se realizó un análisis ANOVA de un factor con una comparación *post hoc* a través del método de Bonferroni. Asimismo, se realizó un contraste de hipótesis Chi Cuadrado ( $\chi^2$ ) para conocer, por un lado, las diferencias entre las variables *ICA-RT* y *tipo de alta* y, por otro, la relación entre *ICA-RT* y días de estancia en CT (agrupados en tres niveles). Con posterioridad, en orden a determinar la relación entre la presencia de comorbilidad psicopatológica y la probabilidad de retención en CT (o su inversa, la probabilidad de abandono), se llevó a cabo un análisis de supervivencia en dos pasos: a) en primer lugar se estudió la asociación de cada variable con la supervivencia mediante el método de Kaplan-Meier, test *log rank* (Mantel Cox) y b) se evaluó el valor predictivo de la variable a través de un modelo de análisis de supervivencia mediante regresión de Cox. En estos modelos de supervivencia se empleó como variable independiente categórica y dicotómica, el padecer o no un TM según PRISM y como variable dependiente, los *días de estancia en CT*. Como *evento* se definió el *alta no terapéutica* (incluyendo el alta por cumplimiento parcial de objetivos) de modo que la ecuación expresara el riesgo de abandono precoz en la CT. Con el fin de conocer otras variables predictoras del abandono de tratamiento, se volvieron a realizar los análisis anteriores con otras variables categóricas demográficas y de consumo previamente seleccionadas: *sexo*, *situación judicial*, *inclusión o no en un PTM*, tener un patrón de *policonsumo* y padecer o no un *TDAH* en la edad adulta. Asimismo, se realizó un análisis de regresión de Cox con la variable cuantitativa *edad* para conocer su valor predictivo ante el abandono precoz de CT.



**RESULTADOS: Objetivo 1:** la proporción de los trastornos psicopatológicos (sin incluir los TCS) presentada por la muestra *a lo largo de la vida*. La prevalencia global de TM fue del 65.6% (IC 95%= 59.41-71.86). Se observa que el 55.5% (IC 95%= 48.99-62.02) de personas sólo ha padecido o padece al menos un trastorno del Eje I y un 30.4% (IC 95%= 24.36-36.42) presenta al menos uno de los dos trastornos del Eje II medido por la PRISM. Con respecto a la estimación de la prevalencia de TCS, se halló que los TCS más prevalentes entre los dependientes de cocaína fueron los relacionados con el consumo de heroína (63.9%) y los relacionados con el consumo de alcohol (41%). La tabla también indica la *severidad de la dependencia*, codificada como el número de criterios DSM-IV de dependencia que cumple el sujeto para cada sustancia (siempre que cumpla los tres mínimos necesarios). Como puede observarse en la tabla 46, los datos ponen de manifiesto que el grupo con *otros TMs*, en comparación con el grupo con *sólo TCS*, presenta un perfil de consumo más severo. Así, existen diferencias estadísticas en el porcentaje de dependientes de alcohol ( $X^2=3.91$ ;  $p<0.05$ ), cannabis ( $X^2=6.34$ ;  $p<0.05$ ), sedantes y/o hipnóticos ( $X^2=7.88$ ;  $p<0.01$ ) y metadona ( $X^2=6.63$ ;  $p<0.05$ ); en la severidad de dependencia de cocaína (gl: 225 ;  $T=5.11$ ), cannabis (gl: 225 ;  $T=2.18$ ), sedantes y/o hipnóticos ( gl:225 ;  $T=3.14$ ) y metadona ( gl:225 ;  $T=2.62$ ); y, por último en la media de TCS ( gl: 225 ;  $T=2.76$ ). Con respecto a los trastornos del Eje I, los más prevalentes son los TEAs (31.3%, IC 95%= 25.2-37.3), seguidos de los TAs (23.8%, IC 95%=18.2-29.4), los trastornos psicóticos (18.9%, IC 95%=13.8-24.1) y los trastornos de la conducta alimentaria (1.8%, IC 95%=0.3-3.4). Cabe resaltar que, los TEAs (21.6%, IC 95%=16.19-26.97) y psicóticos inducidos (11.5%, IC 95%=7.2-15.62), son más prevalentes que los trastornos primarios, estado de ánimo (12.3%, IC 95%=8-16.64) y psicóticos (7.5%,4-10.93). Esto no ocurre con los TAs, ya que la prevalencia de los primarios es de un 20.7% (IC 95%=15.36-26.01) frente a la de los inducidos que es de un 5.3% (IC 95%= 2.3-8.2). Acerca de los trastornos del Eje II, los datos manifiestan que el 22.5% (IC 95%=16.99-27.93) de la muestra cumple o ha cumplido criterios para TAP y un 14.1% (IC 95%= 9.5-18.65) para TLP alguna vez en la vida. En relación con la variable sexo, las mujeres padecen más TMs a lo largo de la vida que los hombres. **Objetivo 2:** tiene lugar una reducción de las puntuaciones medias de severidad en las escalas de *craving* (CCS), depresión (BDI) y *estado general de salud* (OTI-Estado), siendo estas diferencias estadísticamente significativas. Asimismo, se observa un incremento estadísticamente significativo de las puntuaciones medias de la escala de calidad de vida relacionada con la adicción (TECVASP), lo que implica una mejoría de la misma. En el caso del TECVASP y el OTI-Estado, el estadístico de Cohen, que estima el tamaño del efecto, toma valores superiores a 0.8. Por el contrario, no se observan cambios significativos en las puntuaciones de la escala de ansiedad (STAI-Estado). Con respecto al MILLON-III, se observa una reducción en las puntuaciones medias de severidad para casi todas las dimensiones de personalidad (*patrones clínicos*), siendo estas diferencias estadísticamente significativas salvo para los patrones *narcisista* y *antisocial*, en las que no se observan cambios. También alcanza la significación estadística la reducción observada en los *síndromes clínicos*, salvo para la dimensión *dependencias de sustancias*. **Objetivo 3:** Cuando analizamos los valores de la variable dependiente *días de estancia* en la CT, entre los pacientes con presencia de otros trastornos del Eje I y los que sólo presentan TCS (figura 17), no observamos diferencias estadísticamente significativas (*log rank*, Mantel-Cox  $\chi^2=3.75$ ;  $p=.053$ ). Sin embargo, cuando se analizó a los pacientes que padecían algún trastorno del Eje II valorado por la PRISM, (*log rank*, Mantel-Cox  $\chi^2=7.22$ ;  $p=.007$ ) o conjuntamente un trastorno del Eje I y del Eje II (*log rank*, Mantel-Cox  $\chi^2= 5.97$ ;  $p=.015$ ), sí se encontraron diferencias estadísticas (ver figura 18 y 19). Es decir, estos pacientes tienen mayor probabilidad de abandonar antes la CT respecto a aquellos pacientes que sólo presentan TCS.



Asimismo, el modelo de regresión de Cox mostró que los pacientes con algún trastorno del Eje II (Exp (B)= 1.67) según PRISM y los que presentaron éstos junto a algún otro TM del Eje I (Exp (B)= 1.66) presentaron un riesgo de abandono del programa una vez y media superior en comparación con las personas que sólo presentaron TCS.

#### **CONCLUSIONES:**

1. Entre los pacientes con dependencia de cocaína que ingresan en una comunidad terapéutica, se observa una prevalencia muy alta de trastornos mentales comórbidos. Los trastornos más prevalentes son los de personalidad, seguidos de los del estado de ánimo, los de ansiedad, los psicóticos y el TDAH, por este orden
2. Existen diferencias entre las características de los pacientes consumidores de cocaína en función de la vía de consumo. Así, los consumidores *vía intrapulmonar*, respecto de los que consumen por *vía intranasal*, presentan mayor marginación social y problemas de salud más severos. No obstante, no existen diferencias en la psicopatología presentada
3. La severidad de los síntomas de ansiedad y depresión, la baja calidad de vida, el *craving* de cocaína, así como los problemas de salud al inicio del tratamiento, son superiores en el grupo de pacientes con comorbilidad psicopatológica que en el grupo que sólo presenta dependencia de cocaína
4. A los tres meses de tratamiento, se observa una mejoría general de los síntomas psicopatológicos, incluidas las puntuaciones de los patrones clínicos de personalidad. Sin embargo, entre los pacientes con comorbilidad psicopatológica esta mejoría no es estadísticamente significativa
5. Serían necesarios al menos tres meses de estancia en el recurso residencial para encontrar cambios clínicamente relevantes en los pacientes, por lo que aquellos que abandonan la comunidad terapéutica con anterioridad deberían considerarse como *abandono precoz*
6. Aquellos pacientes que permanecen más tiempo dentro de la comunidad terapéutica logran alcanzar cambios clínicamente más relevantes y, consecuentemente, obtienen más altas terapéuticas. Asimismo, el grupo de personas que presenta comorbilidad psicopatológica, en relación con el grupo que no la presenta, permanece en el recurso menos días, obtiene un menor porcentaje de altas terapéuticas y cambios menos relevantes. Por tanto, estos pacientes tienen una peor respuesta al tratamiento y, en definitiva, un peor pronóstico que los pacientes sin trastornos concomitantes
7. Los pacientes que ingresan en comunidad terapéutica y presentan comorbilidad psicopatológica tienen un riesgo mayor de abandonar el tratamiento precozmente en comparación con los pacientes que sólo presentan un TCS. Del mismo modo, encontramos que esto ocurre en las personas que manifiestan un trastorno psicopatológico primario a lo largo de la vida, y no así, en los que presentan uno inducido
8. Son necesarias las adaptaciones de las comunidades terapéuticas tradicionales a los pacientes que presentan comorbilidad psicopatológicas.

**ARTÍCULOS PUBLICADOS COMO CONSECUENCIA DE LA ACCIÓN:** (Se adjuntarán tres separatas de cada uno de ellos)

- Vergara Moragues E., González Saiz F., Lozano Rojas O., Bilbao Acedos I., y cols. Diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en pacientes adultos con dependencia de cocaína: utilidad de los nuevos síntomas de funcionamiento ejecutivo de Barkley. *Trastornos Adictivos* (2010); 12(2):72-78



- En la actualidad existen otros artículos pendientes de publicación que se irán enviando a medida que sean aceptados por las diferentes revistas científicas.

**MODIFICACIONES DE LA METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO SOBRE LOS PROYECTADOS Y SU JUSTIFICACIÓN:** No se han realizado cambios dentro la metodología y plan de trabajo respecto a la primera anualidad

**OBJETIVOS PLANTEADOS:** **Objetivo general:** Evaluar la estabilidad temporal de los trastornos psiquiátricos en pacientes dependientes de cocaína tratados en comunidad terapéutica. **Objetivos específicos:** estimar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos primarios e inducidos en pacientes con dependencia de cocaína y definir las características clínicas y psicopatológicas de ambos, analizar la estabilidad diagnóstica temporal de los trastornos psiquiátricos, evaluar la validez pronóstica de cada uno de estos diagnósticos sobre la severidad de la psicopatología y la respuesta a tratamiento durante el trascurso del ingreso en la comunidad terapéutica, evaluar la relación existente entre los trastornos primarios e inducidos (Eje I) y los trastornos de la personalidad (Eje II) en distintos momentos del tratamiento.

**OBJETIVOS CONCRETOS ALCANZADOS:** Todos

**Objetivo general:** Evaluar la estabilidad temporal de los trastornos psiquiátricos en pacientes dependientes de cocaína tratados en comunidad terapéutica. **Objetivos específicos:** estimar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos primarios e inducidos en pacientes con dependencia de cocaína y definir las características clínicas y psicopatológicas de ambos, analizar la estabilidad diagnóstica temporal de los trastornos psiquiátricos, evaluar la validez pronóstica de cada uno de estos diagnósticos sobre la severidad de la psicopatología y la respuesta a tratamiento durante el trascurso del ingreso en la comunidad terapéutica, evaluar la relación existente entre los trastornos primarios e inducidos (Eje I) y los trastornos de la personalidad (Eje II) en distintos momentos del tratamiento.

**APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS EN EL ÁREA DE LAS DROGODEPENDENCIAS.**

Dos son las utilidades prácticas que podemos resaltar del estudio realizado:

- Es necesario protocolizar la evaluación de la comorbilidad psicopatológica en los pacientes que ingresan dentro de la red asistencial de drogodependencia
- Es necesario adaptar las comunidades terapéuticas para personas con trastornos por consumo de sustancias a los pacientes que presentan al mismo tiempo otro trastorno psicopatológico.



**PATENTES U OTROS RESULTADOS EXPLOTABLES COMERCIALMENTE QUE SEAN CONSECUENCIA DEL PROYECTO.**

- Tesis doctoral "Comorbilidad psicopatológica en pacientes con dependencia de cocaína tratados en comunidad terapéutica". Defendida por Esperanza Vergara Moragues. Universidad de Granada. Noviembre, 2010

- Versión española de la *Escala de Evaluación de Síntomas Positivos de la Psicosis Inducida por Cocaína (SAPS-CIP)- Revised*. Autores: Esperanza Vergara Moragues y Francisco González Saiz.

**OTRAS SUBVENCIONES O RECURSOS (INCLUIDOS FONDOS PROPIOS) QUE FINANCIAN ESTE PROYECTO O PENDIENTES DE RESOLUCIÓN**

No existen otras subvenciones o recursos que hayan financiado este proyecto

**SUBVENCIONES O AYUDAS SOLICITADAS PARA ESTE PROYECTO Y NO CONCEDIDAS:** No se ha solicitado otras subvenciones o ayudas para este proyecto.

**OTRAS CONSIDERACIONES QUE SE DESEE HACER CONSTAR**

El desarrollo del proyecto se ha expuesto en las siguientes reuniones científicas:

- **X Jornadas de la Asociación de Profesionales en Drogodependencias y Adicciones (APRODA)** de Andalucía. Enero, 2009

\* Sesión 2 de Comunicaciones Orales: "Proyecto de investigación sobre comorbilidad psicopatológica en pacientes con adicción a cocaína tratados en comunidad terapéutica". Ponente: Esperanza Vergara Moragues.

- **I Jornadas Andaluzas de la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD)**. Febrero, 2009

\* ¿Por qué nos encontramos tanta comorbilidad en el TDAH del adulto? Ponente: Francisco González Saiz

- **XII Congreso Nacional sobre el SIDA (SESIDA)**. Mayo, 2009

\* Mesa debate 5: Alianza terapéutica...en el baúl de los recuerdos. ¿está todo conseguido? Ponente: Esperanza Vergara. Cumplimiento del pacientes en situaciones muy especiales

\* Comunicación Póster: Tricomorbilidad. Un caso tipo

- **III Jornadas Hogar GERASA**. Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz). Junio, 2009



\* Mesa debate. La adherencia: un reto pendiente en el sida social. Ponente Esperanza Vergara Moragues.

- **XIII Congreso de la SET.** Octubre, 2009

\* Comunicación Póster:

1. Adaptación de la escala de evaluación de síntomas positivos de la psicosis inducida por cocaína (SAPS-CIP): datos preliminares
2. Perfil de personalidad en pacientes adultos con TDAH y dependencia de cocaína tratados en comunidad terapéutica.

- **IV Seminario de Formación sobre la cocaína. Asociación ADES, Plan Nacional sobre Drogas.** Madrid, Noviembre, 2009

\* Mesa debate. Comorbilidad de la cocaína con drogas depresoras y de síntesis. Ponente: Esperanza Vergara Moragues

- **Curso formación para la Fundación IMABIS.** Málaga, Marzo 2010

\* Introducción a la PRISM. Ponente Esperanza Vergara Moragues

- **Jornadas sobre el tratamiento** de la adicción a la cocaína en nuestra práctica: estado actual y desarrollos futuros. SET, Valencia, abril 2010

\*Evaluación clínica de los trastornos por consumo de cocaína: nuevos instrumentos. Ponente: Francisco González Saiz.

- **Curso formación para la fundación FADAIS.** Actualizaciones en Drogodependencias. Comorbilidad psiquiátrica y consumo de cocaína. Ponente Esperanza Vergara Moragues. Sevilla, abril 2010

- **XII Jornadas Nacionales de Patología Dual.**

\* 2º Premio a la Mejor Comunicación “Evaluación de los síntomas psicóticos inducidos por cocaína: utilidad clínica de la escala SAPS-CIP-R”. Ponente Esperanza Vergara Moragues

\* Mención de distinguido en el I Concurso de Casos Clínicos. Autores: Esperanza Vergara Moragues y Francisco González Saiz

- **IV Jornadas Hogar GERASA.** Interrelación entre toxicomanía y enfermedad mental. Ponente Esperanza Vergara. Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz), Junio 2010

- **Jornadas de la SET** sobre el tratamiento de la adicción a la cocaína en nuestra práctica. Ponente Esperanza Vergara. Granada, Junio 2010

- **V Seminario de Formación sobre la cocaína. Asociación ADES, Plan Nacional sobre Drogas.** Madrid, Noviembre, 2010

\* Mesa debate. Investigación Bio-médica sobre cocaína. Ponente: Esperanza Vergara Moragues



MINISTERIO  
DE SANIDAD  
Y POLÍTICA SOCIAL

SECRETARIA GENERAL DE  
POLITICA SOCIAL Y CONSUMO  
DELEGACION DEL GOBIERNO  
PARA EL PLAN NACIONAL  
SOBRE DROGAS

En esta fecha se remite también por correo electrónico, a la dirección [pndinvestigacion@msps.es](mailto:pndinvestigacion@msps.es) la presente memoria.

En Sevilla a 22 de Noviembre de 2010

FIRMA

FUNDACIÓN PARA LA ATENCIÓN  
E INCORPORACIÓN SOCIAL  
COMUNIDAD DE ANDALUCÍA  
DIRECCIÓN GERENCIA  
C.I.F. G-41915430