

Enfermería y adicciones: las nuevas tendencias

Carlos Liébana Molina

Resumen

El Centro Provincial de Drogodependencias y Adicciones de Málaga, tradicionalmente le ha encomendado a enfermería la recepción, análisis y gestión de la demanda que acude al Centro.

En el último año estamos observando un aumento importante en la demanda por problemas derivados del consumo de cocaína, tanto en su forma de clorhidrato (esnifada) como en la forma de base libre (fumada).

Hemos comparado los rasgos de personalidad, extraídos del cuestionario autoaplicado para "La Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV" (SCID II), de las personas que pedían ayuda por problemas derivados del consumo de sustancias, con los rasgos de personalidad de un grupo "control", formado por enfermeras y enfermeros. Los resultados indican que los rasgos Límite y Obsesivo-compulsivo de personalidad se repiten entre las demandas por consumo de cocaína, el límite y antisocial en los consumidores de opiáceos y el obsesivo-compulsivo en el grupo control.

No pensamos que estos planteamientos estén definiendo una nueva situación en el contexto de las drogodependencias, ni una correlación entre consumo de cocaína y trastorno de personalidad. Creemos que solo señala la necesidad de reflexionar sobre algunas cuestiones:

- ¿Estamos asistiendo a una expansión del consumo de cocaína, lejos de una cima de estabilización?
- ¿Será el consumo de cocaína determinante de unas manifestaciones que cuadran con trastornos de la personalidad Límite y Obsesivo-compulsivo o por el contrario son rasgos de personalidad que predisponen a la elección de una droga u otra?
- ¿Es la dificultad en el control de impulsos, el punto de encuentro entre los rasgos de personalidad, el consumo de cocaína y nuestra observación clínica?
- Los profesionales de enfermería deberíamos de reflexionar si nuestros hábitos en cuanto a la relación con las drogas se refieren, pudieran ser obstáculos importantes, para acercarnos a cuidar a personas con problemas derivados del uso de sustancias.

Correspondencia a:

C/ Alonso florez 10. Bajo 4. 29010 Málaga.

Cliebana@dipmálaga.es (trabajo). Cliebana@procambio.org (privado).

Teléfono: 952 07 13 81 (trabajo). 952 61 31 21 (privado). 629 55 89 95 (móvil).



Palabras Clave

Enfermería, Adicciones, Consumo de cocaína, Trastornos de personalidad, Demanda.

Summary

The Malaga's Provincial Center for Drug-dependence's and Addictions, traditionally has entrusted to infirmary the receipt, analysis and management of the demand that comes to the Center.

In the last year we are observing an important increase in the demand about problems derived from cocaine consume, so in clorhidrato presentation (snorted) as in the free base presentation (smoked).

We have compared the features of personality, extracted from the questionnaire one auto applied for "The Clinical Interview Constructed for the Disorders of Personality of the II Axis of the DSM-IV" (SCID II), with the people who were asking for help for problems derived from the consumption of substances, with the features of personality of a group "control", formed by males and females nurses. The results indicate, that the features Limit and Obsessive - Compulsive of personality are repeated between the demands for consumption of cocaine, the Limit and Antisocial in the opiate's consumers and the Obsessive - Compulsive one in the group control.

We don't think that these expositions are defining a new situation in the context of the drug dependences, or a correlation between consumption of cocaine and personality's disorder. We believe that it alone indicates the need to think about some questions:

- Are we watching an expansion in cocaine consume, far from a stabilization top?
- Will be the consumption of cocaine determinant of manifestations that square with personality's disorders Limit and Obsessive - Compulsive or on the contrary they are personality's features that they predispose to a drug or other one election of?
- Is difficulty in the control of impulses, the meeting point between the personality's features, the cocaine consume and our clinical observation?
- The professionals of infirmary should think about if our habits refer to the relation with the drugs, could be an important obstacle, to approach to take care to persons with derived from the use of substances problems.

The infirmary of this Center, cannot obviate these questions, and have to extend their look, so in the first specializing interview, which is entrusts their, like in the necessary cares from problems derived from cocaine consume.

Key Words

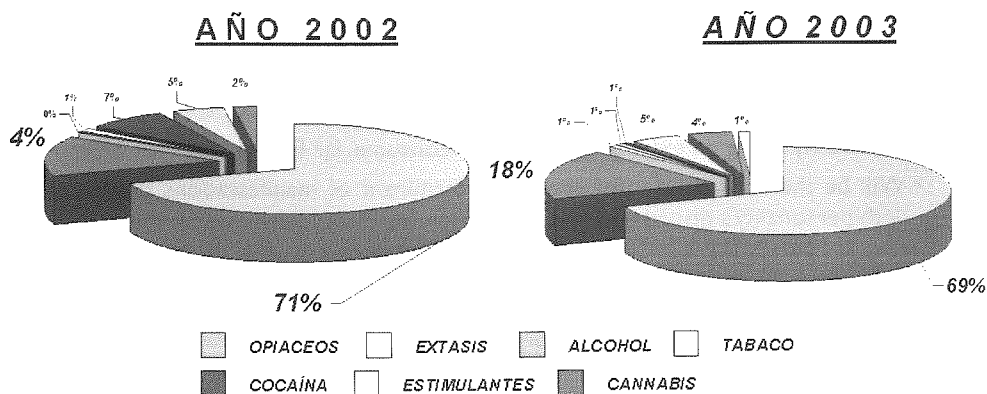
Infirmary, Addictions, Cocaine consume, Disorders of personality, Demands.

Desde el año 1988 la enfermería del Centro Provincial de Drogodependencias y Adicciones de Málaga (C.P.D.), viene estudiando la demanda que acude a dicho Centro, de forma descriptiva; tanto en sus variables toxicológicas (Droga problema, vía de administración, patologías asociadas, años de evolución, etc.), como variables de tipo sociofamiliar (edad, género, apoyo familiar, nivel de formación, etc.). Esta descripción sistematizada durante estos años, ha contribuido, de forma especial, a que el Centro pudiera adaptarse, y a veces incluso anticiparse, a los cambios que esta demanda fue experimentando.

En esta ocasión, queremos centrarnos en como se comportó la demanda, respecto a

la droga Problema* durante el año 2003. Comparado con el año anterior y a primera vista, no encontraremos grandes diferencias, mas allá de la aparición de nuevas sustancias (Tabaco) o del aumento de otras viejas conocidas (Cannabis y alcohol). Observaremos que porcentualmente, en los opiáceos** y la Cocaína, no existen grandes diferencias.

Pero si observamos con mas detenimiento, como han evolucionado a lo largo del año, las curvas de las demanda de opiáceos y de cocaína mes a mes, veremos como, las tendencias se cruzan. La tendencia de los opiáceos es a descender, mientras la curva de las demandas por cocaína, aumenta, especialmente en los últimos meses del año.

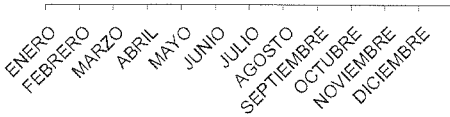


* **Droga Problema.** Es la sustancia que motiva la demanda. En caso de Politoxicomanía, la droga Diana o la droga problema es la que define el propio usuario, como aquella sustancia que le ha llevado a pedir la ayuda en el Centro.

** **Opiáceos.** Aunque en este apartado la demanda mayoritaria es por problemas derivados del consumo de una mezcla de Heroína y Cocaína fumada (chiné, revuelto, rebujao o mezcla), se suman aquellas demandas motivadas por el consumo de Heroína, metadona u otros opiáceos (codeína, morfina, dextropoxifeno...), aunque sean minoritarias.



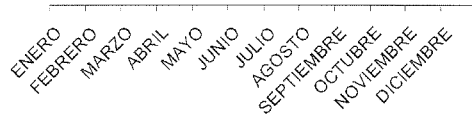
EVOLUCIÓN DE LA DEMANDA POR COCAÍNA 2003



Estamos pues asistiendo a un cambio espectacular en la "droga problema" que motiva la demanda que acude a nuestro Centro. Estamos pasando muy rápidamente de un perfil de usuario consumidor diario de heroína y cocaína por vía fumada, hijo, que nos pedía metadona para que su madre estuviese mas tranquila, a un perfil de usuario consumidor de cocaína de fines de semana por vía esnifada en forma de clorhidrato, marido, que nos pide ayuda para evitar la separación matrimonial.

En el año 1998, el C.PD, asume el Programa I.T.T.A.C.A. (Intervención Transteórica de Ayuda al Cambio en Adicciones) Díaz J.; Liébana C.; Luque F., 2001, que entre sus elementos teóricos, cuenta con un estilo de la relación y la intervención, basado en las propuestas que nos sugieren Miller, W.R. y Rollnick, S. En su "Motivational Interviewing", Miller, W.R. y Rollnick, S. 1999. Desde entonces los distintos profesionales de este Centro hemos estado preocupándonos especialmente de la motivación de nuestros pacientes y de la disposición para el cambio con la que acuden al Centro. La motivación descrita por los autores, viene entendida como un "estado" de disposición para cambiar, que puede fluc-

EVOLUCIÓN DE LA DEMANDA POR OPIACEOS 2003



tuar de un momento a otro, siendo pues influenciable. La definen como "La probabilidad de que una persona inicie, continúe o se adhiera a una determinada estrategia de cambio". (Op. Cit pag.43).

Nos alejamos de esta forma de "La voluntad" (rasgo), que aunque la RAE. Real Academia Española. 1998. No hace mucha diferencia en cuanto al significado con la "motivación", popularmente si se entiende mas como un "rasgo" de las personas que pueda aparecer mas estable, con lo cual, el que no tiene esa voluntad, pudiera estar "condenado" a no poder cambiar... a no poder curarse...

Desde un punto de vista enfermero, la motivación así entendida, y comprendida como nos la proponen los autores, nos acerca de forma muy gráfica a "La Naturaleza de la Enfermería". Henderson, V.A. 1994., nos invita a reflexionar que cuando hacemos Educación para la Salud o enseñamos a una persona diabética a administrarse la insulina, hacemos aquello que esa persona haría si tuviese los *conocimientos* para hacerlo. Cuando suplimos a una persona en estado de coma para realizar sus necesidades de intercambio, hacemos aquello que esa persona haría si tuviese la *fuerza* para hacerlo. Con la interven-

ción Motivacional, ayudamos a las personas a hacer aquello que ella haría si tuviese la *voluntad (motivación)* para hacerlo.

Otro elemento teórico del Programa ITTACA, es el modelo teórico en el que se apoya: El Modelo Transteórico del Cambio (MTT). Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. 1984. Los autores nos explican el proceso de cambio, con el que las personas pasan, de forma intencionada de una situación menos saludable a otra mas saludable, convirtiendo de este modo a la "intención de cambio" en una variable decisiva. Lo hacen siguiendo un proceso donde se distinguen claramente unas fases, que los autores denominan "estadios del cambio" (Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción, Mantenimiento, recaída y Finalización). Es la dimensión temporal del modelo y que responde a una de las preguntas clásicas: ¿Cuándo cambian las personas?.

Con este programa y durante estos años, Enfermería ha colaborado en definir desde la primera entrevista, el estadio en el que acude el usuario, con la intención de situar el comienzo del proceso terapéutico. Para esto usamos el algoritmos propuesto por los autores para el consumo de tabaco y adaptado por nosotros para todas las sustancias (Anexo I). Cómo cabría esperar, el estadio que mas se repite es el de Contemplación. Es aquel donde el paciente se muestra ambivalente ante el consumo de la sustancia, se ve "empujado" a pedir ayuda; por la familia, el sistema judicial o alguna especie de moral social. Si bien empieza a tener conciencia de problema, no está definitivamente decidido a solucionarlo y aquella conciencia, fluctúa de un momento a otro o de una situación a otra. La "intención de cambio" no es firme.

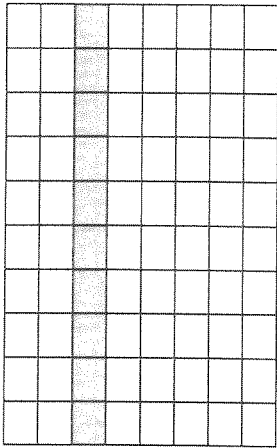
Durante estos años, nos hemos centrado, casi de forma exclusiva, en el estado motivacional respecto a la intención de cambio. Con técnicas motivacionales y siguiendo los Procesos de Cambio descritos en el MTT, podíamos ayudar a las personas a transitar por el Proceso. A pesar de obtener buenos resultados y terapéuticamente encontramos mas satisfechos, algunos casos se detenían de forma persistente en el proceso y los avances eran mínimos o nulos.

La enfermería de este Centro, en su intención de describir la demanda, cada vez mas compleja y de implicarse en el entramado del equipo multidisciplinar al que pertenece, se plantea estudiar una nueva variable mas estable; los "Rasgo de personalidad". Pudieran estar colaborando en la dificultad de aquellos casos, lo propone por si fuese necesario en un futuro comprobar; si la intención de cambio fluctúa igual en alguien con rasgos obsesivos compulsivos o rasgos de personalidad dependiente.

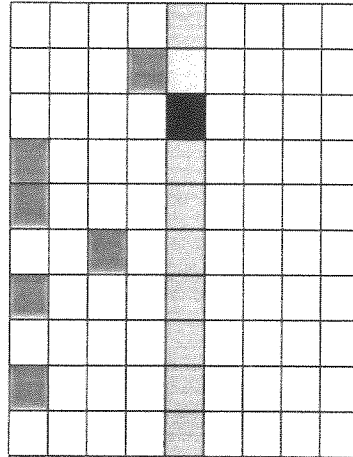
Para esto hemos definido *rasgo de personalidad*, aquel que iguala o supera el umbral del trastorno en el cuestionario (siempre autoaplicado) que nos ofrece la *SCID – II* (Structured Clinical Interview for DSM IV Axis II Personality Disorders), pudiendo de esta forma, una misma persona puntuar en uno o mas rasgos de personalidad y con mayor o menor intensidad. Se ha obviado la segunda parte del instrumento encaminado al diagnóstico del "Trastorno de la Personalidad", Fuentes, S.; Barragán, J.; Valero, C., ofreciendo así al profesional correspondiente la posibilidad diagnóstica. Pasamos el cuestionario, de forma aleatoria (1/5) a las personas que acudían al Centro (CPD) a pedir ayuda en el año 2003.

Observamos respecto al **Rasgo antisocial**, una diferencia muy evidente entre el grupo de estudio y el grupo control, véase la ausencia de puntuación en este segundo grupo. (La franja gris es el umbral).

Grupo Control

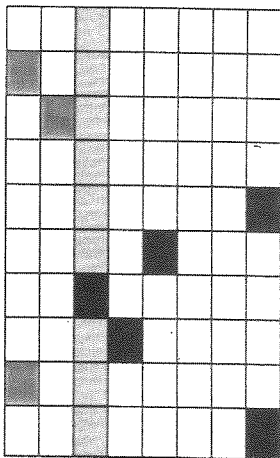


Grupo Control



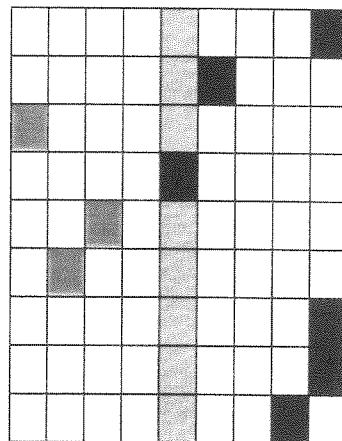
También en el **Rasgo Límite**, encontramos algunas diferencias interesantes, a pesar de que en este rasgo si hubo algunas puntuaciones en el grupo control, incluso alguno marcó en el umbral.

Grupo Estudio



*** Marca 10**

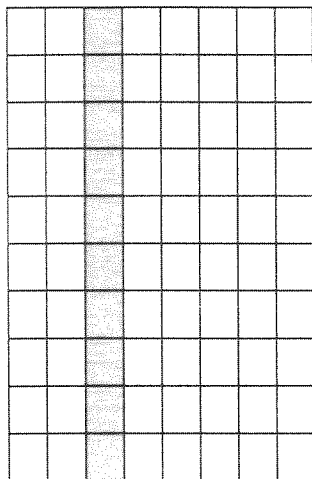
Grupo Estudio



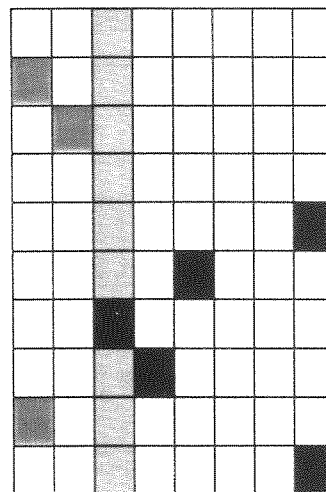
*** Marca 13**

En general, el grupo control marcó menos rasgos y con menor intensidad. Los Rasgos Antisocial y Límite, fueron los más marcados en el grupo de estudio y nos sorprendió cómo se marcó en el grupo de estudio, el **Rasgo por Dependencia**.

Grupo Control



Grupo Estudio



En una primera aproximación comparamos los diez primeros cuestionarios, autoaplicados a 10 pacientes que acudieron al Centro, con un grupo control de diez personas que no acudieron al centro a pedir ayuda. Obtuvimos algunos resultados que nos animaron a seguir ampliando la muestra.

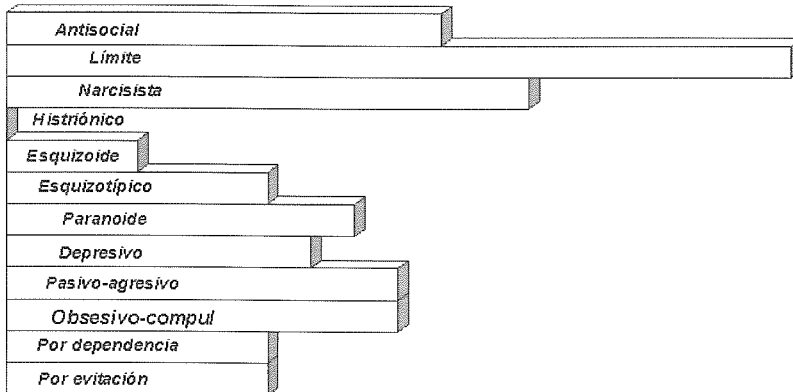
Con una muestra de 52 pacientes, que acudieron al C.R.D. en el año 2003 nos proponemos comparar los rasgos marcados, agrupando a las personas, según que el motivo de la demanda, sea derivado del uso de Opiáceos, cocaína (en forma de clorhidrato o base libre) u otras drogas (Alcohol, Tabaco y Cannabis). Efectivamente encontramos di-

ferencias tanto en los rasgos que más se repiten, como en la intensidad con la que se marcan.

En el siguiente gráfico (Tabla 1), podremos apreciar cómo se distribuyeron los rasgos en el grupo de consumidores de Opiáceos. Obsérvese el rasgo por Dependencia, posiblemente menos puntuado de lo que cabría esperar; algo similar puede pasar con el Antisocial. El rasgo Histriónico es el único no puntuado.

En el siguiente, (Tabla 2) hemos querido mostrar la intensidad con la que fueron marcados los tres rasgos que sobresalieron en el gráfico anterior: Límite, Narcisista y Antisocial.

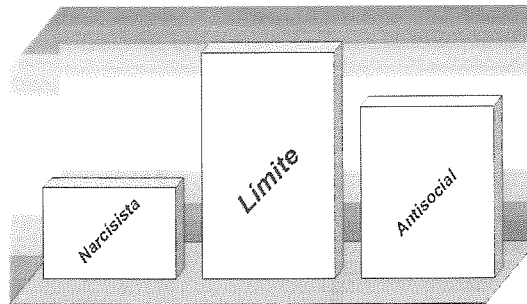
Rasgos de Personalidad en el Consumidor de Heroína + Cocaína:



**Rasgos de personalidad en el consumidor de
Cocaína**



Tabla 1.-



El rasgo de Personalidad Límite, como se puede ver, no sólo es el que más se repite, sino que es el que se marca con mayor intensidad.

Si comparamos estos mismos gráficos, ahora relativos a las personas consumidoras de cocaína (Tabla 3), observaremos algunas diferencias en cuanto a los tres rasgos que más se repiten. La intensidad con el que se marcan, no dista mucho del que vimos en el con-

sumo de Heroína mas Cocaína. Observaremos que el rasgo Antisocial no aparece entre los primeros lugares y pasa el Obsesivo-compulsivo al primer lugar junto al Narcisista y al Límite. Queremos llamar la atención sobre el rasgo Paranoide.

Como decíamos, la intensidad con la que se marcan estos rasgos, puede equivocar su lectura, el hecho de que sea el rasgo Límite el que se marque con mas intensidad no debe

Tabla 2.-

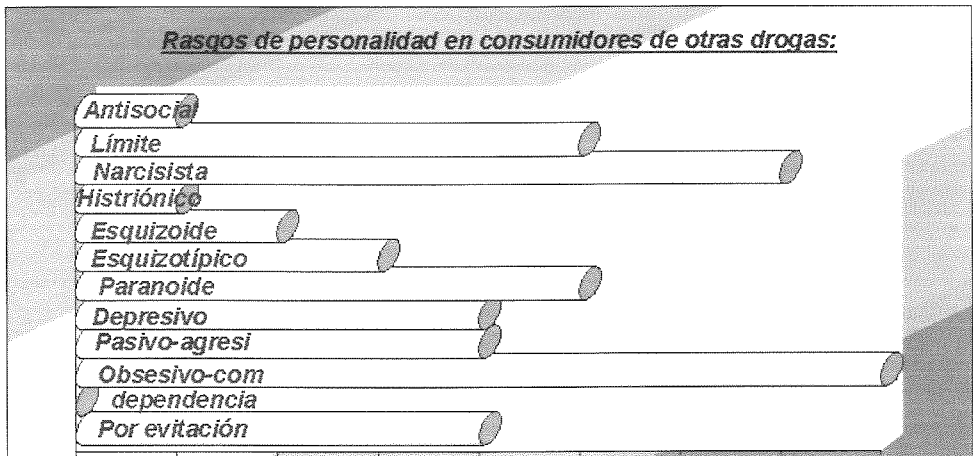




Tabla 3-

Intensidad en el Rasgo de los Consumidores de Cocaína:

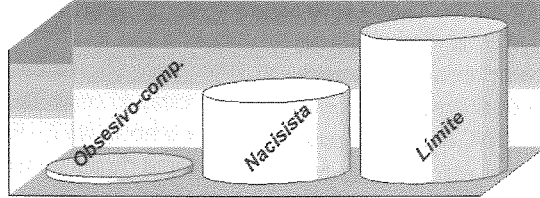
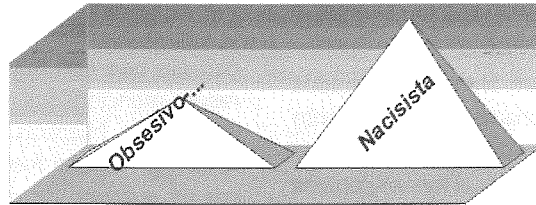


Tabla 4-

Intensidad en el Rasgo de los Consumidores de otras Drogas:



confundir con el perfil del consumidor de esta sustancia, que se mantiene entre Narcisista, Límite y Obsesivo-compulsivo.

Aunque la tríada "Límite, Narcisista y Obsesivo-compulsivo" se repite cómo los tres rasgos más marcados en las personas que pidieron ayuda por problemas derivados del consumo de otras drogas (Alcohol, Tabaco y Cannabis), obsérvese, cómo no fueron marcados en el mismo orden.

En cuanto a la intensidad con la que fueron marcados, desaparece el Rasgo Límite, para pasar a ser el rasgo Narcisista el que más intensamente se marca.

Tras lo visto, podremos decir que los rasgos de personalidad: Límite, Narcisista, Obsesivo-compulsivo, Antisocial y Paranoide, son los rasgos que más se repiten para los tres

grupos de personas, especialmente el Límite. Esto nos aleja de la idea de un perfil único del drogodependiente como se trata de asegurar en algunos trabajos (7), (8), (9), (10), teniendo en cuenta que casi ningún rasgo queda sin marcar. En este sentido no deja de sorprender que uno de los que se queda sin marcar, sea el rasgo por Dependencia (en otras drogas).

Respecto a la diferencia entre los rasgos de personalidad, de los consumidores de Opiáceos (nuestra población tradicional) y los de los consumidores de Cocaína (aumento de la demanda en los últimos meses), no podemos decir que sea muy evidente. No tenemos el total convencimiento, que las diferencias, pudieran justificar un aumento de las dificultades en el control de impulsos, que responda a nuestra impresión clínica.



Quisimos, en un intento de evitar sesgos, comparar estos 52 cuestionarios autoaplicados con otra muestra del mismo número de cuestionario, de una población, que a priori se considerase sin problemas derivados del consumo de drogas. Nos pareció, por accesibilidad y cercanía que podríamos encontrar este nuevo "grupo control" entre la población enfermera de nuestro entorno, distribuyendo al 50% entre la enfermería en la asistencia especializada y primaria. Para asegurarnos aún mas que no habría sesgos no deseados, adjuntamos al cuestionario autoaplicado, otro de consumo de drogas que mostramos en el anexo 2.

Debo confesar que algunos resultados obtenidos del cuestionario correspondiente al anexo 2, nos sorprendieron. El 63.63 % de las enfermeras encuestadas, al menos con una frecuencia semanal, habían consumido tabaco, el 78.78 % tomaban alcohol con al menos esa frecuencia, el 15.15 % fuma cannabis y el 3.03 % consume cocaína.

Respecto a los hombres, los tantos por ciento, son los que siguen:

Tabaco el	41.10 %
Alcohol el	88.23 %
Cannabis el	29.41 %
Cocaína el	0.00 %

En este punto, nos planteamos seriamente si realmente, esta muestra elegida nos servía de "Grupo Control"; de un lado eran personas que no acudían al C.P.D. a pedir ayuda, pero de otro lado no era seguro que fueran personas que no tuviesen problemas derivados del uso de sustancias. ¿ Podía esta circunstancia sesgar las conclusiones?. Asumiendo estas dudas, continuamos con el estudio.

Respecto a los rasgos marcados por los enfermeros y enfermeras encuestadas, comprobamos que el rasgo "Obsesivo-compulsivo", lo marcaron un 42 % de los encuestados, seguido por el rasgo "Esquizotípico", que lo marcó por encima del umbral un 14 % de las encuestas. El resto de los rasgos, se movían entre la horquilla 2 - 8 %. Cabe destacar que los rasgos de personalidad depresivo, histriónico y antisocial no fueron marcados en ninguna encuesta.

Esta situación nos recordaba en cierta medida, el resultado obtenido en el subgrupo del "Grupo de Estudio" de "Otras Drogas". El hecho diferenciador radica en la intensidad tan baja con que fueron marcados los rasgos mencionados entre las enfermeras y enfermeros. Mientras que la intensidad con la que en general fueron marcados los rasgos en el grupo de estudio, nos inclinaba a pensar que en la 2ª parte de la entrevista estructurada, se le diagnosticaría probablemente, el trastorno correspondiente, en el grupo control, creemos, por la baja intensidad, que se podrían diagnosticar menos trastornos de personalidad.

En cuanto a la implicación para la enfermería de este Centro, creemos que tendremos que seguir trabajando en los siguientes aspectos:

- Debemos estar atentos y entrenarnos para adecuar nuestra relación, en la Primera entrevista. Rasgos paranoides y obsesivos-compulsivos, podrían empezar a aumentar, de forma paralela a como lo está haciendo la demanda por consumo de Cocaína y de otras drogas.
- La afluencia de personas con problemas derivados de consumo de sustancias legales (alcohol y tabaco) deberá ayudar-



ANEXO 2

SUSTANCIAS	¿Ha usado en los últimos 12 meses?	¿A que edad la usó por primera vez?	¿La usó en los últimos 6 meses?	¿Con qué frecuencia la usó en los últimos 30 días?
Tabaco (Cigarrillos, puros, pipa...)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> años	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1. Nada 2. < de 1/semana 3. Una vez semana 4. 2-6 veces/semana 5. diariamente
Alcohol (Cerveza, cubatas, copas)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> años	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1. Nada 2. < de 1/semana 3. Una vez semana 4. 2-6 veces/semana 5. diariamente
Cannabis (Porros, maria, hachis)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> años	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1. Nada 2. < de 1/semana 3. Una vez semana 4. 2-6 veces/semana 5. diariamente
Cocaína (rayas, basuco...)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> años	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1. Nada 2. < de 1/semana 3. Una vez semana 4. 2-6 veces/semana 5. diariamente
Éxtasis (pastis, pirulas...)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> años	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1. Nada 2. < de 1/semana 3. Una vez semana 4. 2-6 veces/semana 5. diariamente
Heroína	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> años	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1. Nada 2. < de 1/semana 3. Una vez semana 4. 2-6 veces/semana 5. diariamente

nos a ampliar nuestra formación en estas sustancias que tradicionalmente fueron reticentes en acudir a nuestro Centro.

- Debemos revisar la Taxonomía NANDA por ver si aparecen nuevos Diagnósticos, mas allá de los que aparecían en la población a la que atendíamos.

- Debemos escribir nuevos Planes de Cuidados, mas específicos para las personas con problemas derivados del consumo de Cocaína
- Debemos convencer a colegas de otras disciplinas, para profundizar en la relación entre rasgo y estado. ¿Habrá que usar estrategias específicas para ayudar a pasar de la contemplación a la preparación



a una persona con rasgo Antisocial o rasgo obsesivo-compulsivo?

- Los profesionales de enfermería deberíamos de reflexionar si nuestros hábitos en cuanto a la relación con las drogas se refieren, pudieran ser obstáculos importantes, para acercarnos a cuidar a personas.

A continuación le mencionamos algunos tipos de *sustancias*. Díganos por favor, si las *ha usado* en los últimos *doce meses*. Si lo ha hecho, díganos a qué *edad aproximada lo hizo por primera vez*, y también si las usó en los últimos seis meses y en los últimos treinta días. En este último supuesto señale con qué frecuencia lo ha hecho.

Le quedamos muy agradecidos por formar parte de este "Grupo Control", parte de un estudio que surge desde enfermería y para la enfermería.

Si está muy interesado/a en conocer los resultados del estudio respecto a los rasgos de personalidad de la población atendida en el Centro Provincial de Drogodependencias de Málaga, póngase en contacto con: cliebana@dipmalaga

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) **Díaz J.; Liébana C.; Luque F.** 2001. Programa I.T.T.A.C.A. Málaga: CEDMA.
- (2) **Miller, W.R. y Rollnick, S.** 1999. La Entrevista Motivacional. Barcelona: PAIDOS.
- (3) **Real Academia Española.** 1998. Diccionario de la Lengua Española. 21ª ed. Madrid: Espasa.
- (4) **Henderson, V.A.** 1994. Naturaleza de la Enfermería. 4ª ed. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana de España, S.A.
- (5) **Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C.** 1984. The Transtheoretical Approach: Crossing the Traditional Boundaries of Therapy. Illinois: Dorsey Press.
- (6) **Fuentes, S.; Barragán, J.; Valero, C.** <http://red-farmamedica.com/spo/soniaper.html>
- (7) **SET.** <http://www.diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,387486,00.html>
- (8) **Mario Santana.** "Cómo detectar y tratar la drogadicción", BC nº 7, I. VII. 01. <http://www.inicia.es/de/buzoncatolicq/>
- (9) **Proyecto Hombre** (España). <http://csociales.uchile.cl/publicaciones/thesis/03/po-nencias/pon33-3.html>
- (10) **Rodríguez, A.** <http://www.el-mundo.es/salud/2003/451/1065203040.html>