

CONFEDERACIÓN

REVISTA DE LA CONFEDERACIÓN DE ENTIDADES PARA LA ATENCIÓN A LAS ADICCIONES

Nº 13
Junio 2012

Entrevista

Josep Guardia Serecigni
Psiquiatra de la Unidad de Conductas Adictivas
del Hospital de Santa Creu i Sant Pau de Barcelona

Artículo

Salir del atasco: reflexiones duales

Informe

**Presentación de la memoria
Confederación 2011**



Confederación de
Entidades para la Atención
a las Adicciones

CONFEDERACIÓN

REVISTA DE LA CONFEDERACIÓN DE
ENTIDADES PARA LA ATENCIÓN
A LAS ADICCIONES



Alcohol y conducción

Presidente CEAA

Fernando Huarte Oroz

Director Revista

José Carlos Aguelo

Redacción

Estíbaliz Barrón, Izaskun Sasieta,
Jesús Sánchez, Frederic Bayer,
María León, Juan Manuel Ferrer,
Begoña Hermosell, Olga Sánchez

Coordinación Revista

Carlos Martín, Nekane Avellanal,
Amparo Tolosa, Asier Tutor,
María Roig, Elena Palacio,
Sara Salvador

Colaboran en este número

Francisco Lejarza Echezarraga,
Ana Isabel Sieso,
Joseba Rey,
Manuel Yzuel,
Fernando Pérez del Río,
Jorge Gracia,
Esther Blas

Fotografía Portada

Elías Sobrecasas

Diseño y Realización

Confederación

Redacción y Administración

Avda. Madariaga, 63
48014 Bilbao

Fotomecánica e impresión

Contexto Gráfico

Depósito Legal

Z-3281-2007

Josep Guardia



EDITORIAL

3. Francisco Lejarza

INFORME

4. Presentación de la Memoria
Confederación 2011

ENTREVISTA

11. Josep Guardia.

Psiquiatra

Por José Carlos Aguelo

ARTÍCULO

18. Nueva campaña publicitaria

... Y ADEMÁS

- 6. Déficits nutricionales y hábitos de salud
- 8. Reflexiones duales
- 14. A proposito de la realidad
- 17. Publicidad y consumo
- 20. Novedades DVD
- 21. Libros recomendados
- 22. Jornadas, cursos y seminarios
- 23. Direcciones de interés





Francisco Lejarza Echezarraga
Vicepresidente de la Confederación

Estamos viviendo momentos difíciles y de mucha incertidumbre y esto está repercutiendo seriamente en nuestra sociedad. La crisis económica acompañada de otras crisis se ha convertido en la máxima preocupación de la sociedad española. Bajamos peldaños en nuestro bienestar social y un horizonte de interrogantes se presenta para una gran parte de personas de nuestro país. Los datos y noticias que machaconamente aparecen en los medios de comunicación nos asustan porque se está dando un aumento espectacular de necesidades básicas en temas como la alimentación, vivienda, salud, trabajo,... y todo esto repercute, sobre todo, en los más vulnerables, en los más pobres.

Esta crisis está creando situaciones de tensión, y de gran insatisfacción personal, de modo especial, en los colectivos de marginados. Estos grupos más vulnerables son los que con mayor facilidad pueden dejarse arrastrar hacia el consumo de drogas y a la adquisición de hábitos de consumo de sustancias estupefacientes. Las drogas clásicas pueden dejar paso, debido al coste económico, al uso indiscriminado y abusivo de las bebidas alcohólicas, a la aparición de drogas más baratas o al uso de cócteles sin ningún tipo de garantía y pueden llevar a combinaciones mortales. Es labor de nuestros profesionales prestar una mayor atención cuidando el enfoque preventivo ante estos consumos buscando las estrategias terapéuticas y los diversos modos de intervención adelantándose a posibles riesgos.

No debemos olvidar que la crisis, con los recortes sociales que están aplicando las administraciones se va reduciendo la ayuda al mundo de las drogodependencias. Esto no sólo afecta a los colectivos de drogodependientes, sino también está amenazando la labor que están realizando desde nuestras instituciones y nuestros programas. El miedo a reducir programas por falta de medios es una espada de Damocles que se cierne sobre nuestras cabezas. Por ello ante situaciones difíciles como las que estamos inmersos no podemos estar brazo sobre brazo esperando unos mejores tiempos o que acampe la tempestad. Nos toca actuar. Nuestra razón de ser es la de ayudar a los «hundidos» a salir de esa situación. Debemos trabajar, una vez más, para que nuestra actividad sea valorada por las Instituciones mostrando en los distintos ámbitos la labor que se realiza, a veces con unos medios muy mermados pero realizada con una gran dosis de profesionalidad. Debemos estar presentes en los medios de comunicación para que nuestra labor sea conocida y valorada en su justa medida. Como Confederación tenemos que mostrar nuestra solidaridad porque unidos podemos mostrar nuestra fuerza.

Son momentos de pensar, de evaluar lo que hacemos y cómo lo hacemos. Estamos a las puertas de un cambio no sólo económico sino social. Nuestra labor pasa por soñar en una sociedad donde tengan cabida los pobres y los excluidos, una sociedad más justa y solidaria. No hay recetas milagrosas. Es el trabajo del día a día el que nos ayudará a salir de este túnel. Se nos pide un trabajo, ese trabajo profesional que ha caracterizado a los profesionales de la drogodependencia. El futuro está ligado al presente. Es preciso afianzar el presente con serenidad, con realismo y con optimismo. Que la crisis económica no haga entrar en crisis nuestra labor.

Como Confederación unidos saldremos a flote, dejando, sin duda, «pelos en la gatera» pero con la frente bien alta porque no nos hemos dedicado ni a la especulación, ni al lucro y sí a poner nuestra vida, nuestra labor y nuestra ilusión en pro de las personas necesitadas de ayuda. La persona es lo importante. Queremos representar, en esta sociedad donde se valora tanto lo crematístico, la faceta humana de la economía, trabajando para dar dignidad a la persona frente a la búsqueda del beneficio.

Concluyo con un deseo. Pedir a todos esperanza y fe en lo que hacemos. No nos quedemos quietos a la espera de que amaine el chaparrón. Es tiempo de actuaciones. Esta crisis nos debe dar un toque de realismo abandonando los pesimismo que pueden invadir nuestro quehacer diario. Seamos positivos, valoremos lo que hacemos porque estamos haciendo mucho y bien en pro de esta sociedad.

CONFEDERACIÓN

presentación de la memoria de actividades 2011

El pasado día 19 de junio se presentó en Zaragoza a los medios de comunicación la memoria de actividades 2011 de nuestra Confederación. La presentación corrió a cargo de Francisco Lejarza, vicepresidente; Estibaliz Barrón, directora de la Fundación Gizakia, y Jesús Sánchez, del Centro de Solidaridad de Zaragoza.



Nuevamente presentamos el trabajo que hemos llevado a cabo las diferentes Fundaciones que componen nuestra Confederación. Como en años anteriores en 2011 la cocaína sigue siendo la principal causa de atención (43%), aunque disminuye levemente respecto al año 2010 (44,8%). Sigue en aumento el número de personas atendidas por problemas de alcohol, siendo un 22,51% del total de las personas usuarias atendidas por este consumo. Aumenta muy levemente la atención a la población consumidora de heroína, que en 2011 supone un 18,04 siendo en 2010 de un 17,8%. No obstante el patrón de policonsumo sigue siendo generalizado.

Sigue el mismo número de usuarios atendidos mayores de 48 años y el de la población atendida con alojamiento inestable, siendo su procedencia la calle, albergues, hospitales, etc.

Se mantiene la atención a adolescentes en 2011 con respecto a 2010 que ya supuso un 23% más de atenciones que en 2009. Un 67% de los/las adolescentes atendidos tienen menos de 18 años, disminuyendo las atenciones a mayores de 18 años. Aumenta un 18,9% las demandas por el consumo de drogas con relación a 2010. Descienden en 2011 las atenciones por problemática personal a un 7%. Aumenta la demanda por otros comportamientos de riesgo un 5,55 con respecto al año anterior.

En 2011 aumenta levemente la atención a padres de adolescentes con respecto a 2010.

Hemos atendido en los seis Centros Penitenciarios en los que tenemos presencia un 14% del total de atenciones de la Confederación.

Desciende en un 16,3% el volumen de acciones formativas realizadas en el ámbito de la prevención con respecto a 2010.

conclusiones

nuestro trabajo en cifras

Drogodependientes atendidos

TOTAL	4.303
Hombres	3.607
Mujeres	696

Edad de personas atendidas

<25	404
25-30	702
31-36	945
37-42	1.011
43-48	670
>48	515
Sin datos	56

Personas atendidas en prisión

TOTAL	605
Hombres	523
Mujeres	82

Número de atenciones a familias de adolescentes

TOTAL	1.445
Hombres	541
Mujeres	904

Motivo de la consulta

Problema ámbito escolar	37
Consumo de drogas	579
Problemática personal	50
Problemática familiar	96
Otros comportamientos de riesgo	88

Recursos humanos: Número de profesionales

TOTAL	310
--------------	------------

Número de voluntarios

TOTAL	488
--------------	------------

Principal sustancia de consumo

COCAÍNA	1.799
HEROÍNA	772
SPEED	102
HACHIS	234
ÉXTASIS	6
MEZCLA	247
ALCOHOL	973
OTROS/ANFETAMINAS	88
OTROS/CANNABIS	82

Familiares de drogodependientes

TOTAL	2.511
Hombres	801
Mujeres	1.710

Número de atenciones a adolescentes

TOTAL	870
Hombres	674
Mujeres	196

Número de atenciones a adolescentes

<14	29
14-16	288
17-18	283
>18	251
sin datos	19

Momento de la presentación de la memoria



DIAGNÓSTICO Y ABORDAJE DE DÉFICITS NUTRICIONALES Y HÁBITOS DE SALUD EN PACIENTES CON ADICCIONES

Ana Isabel Sieso Sevil
Enfermera. U.A.S.A. Monzón, Huesca



La experiencia asistencial en la atención a pacientes con adicciones demuestra que muchos de ellos presentan hábitos de vida perjudiciales para su salud (comenzando por el propio consumo de drogas) que pueden afectar a su alimentación, actividad física, uso de su tiempo de ocio, autoestima y relaciones sociales. Enfermería aborda esta situación mediante la aplicación de un plan de cuidados individualizado, que consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Durante la valoración se evalúan los hábitos de vida del paciente y se detectan los problemas de salud. Se realiza mediante los Patrones funcionales de salud de M. Gordon, que son los siguientes: Percepción-control de la salud; Nutricional-metabólico

Eliminación; Actividad-ejercicio; Sueño-descanso; Cognitivo-perceptivo; Autopercepción-autoconcepto; Rol-relaciones; Sexualidad-reproducción; Adaptación-tolerancia al estrés; Valores y creencias. Nos detendremos en algunos de ellos:

Patrón 1: percepción-mantenimiento de la salud. Describe la percepción que tiene el usuario sobre su estado general de salud y las influencias sobre el mismo de los conocimientos y prácticas realizadas al respecto. Se valora el grado de conciencia del problema, motivación para el cambio, adherencia al tratamiento y hábitos tóxicos.

Patrón 2: Nutricional-metabólico. Los drogodependientes se encuentran en una situación de riesgo nutricional debido a los problemas de malnutri-

ción, por una deficiente alimentación que conduce a estados deficitarios de macro y micronutrientes, lo que a su vez determina alteraciones metabólicas con graves manifestaciones clínicas, entre las que cabe destacar por su importancia clínica las distintas hepatopatías por abuso de drogas.

Una de las principales causas de desnutrición en adultos de países desarrollados es la ingesta excesiva de alcohol. Un alcohólico puede llegar a remplazar hasta el 60% de su ingesta calórica por alcohol, el cual además solo aporta calorías «vacías». Además el abuso crónico de alcohol provoca importantes alteraciones nutricionales, como déficits de vitaminas como la B1 (tiamina), A, D y K, y de minerales como calcio, hierro, zinc y selenio. El alcohol también distorsiona el metabolismo de los macronutrientes

(glúcidos, proteínas y lípidos), lo que incide en el daño hepático que provoca el alcoholismo crónico.

Por su parte, el tabaco provoca déficits en antioxidantes (vitaminas A, E y C y selenio) y vitamina B12. Los fumadores presentan un mayor consumo de grasa animal, glúcidos, café y alcohol, así como una menor ingesta de grasas poliinsaturadas, y fibra.

El consumo de cocaína, por su acción estimulante produce una disminución de la ingesta de alimentos y, como consecuencia, una disminución del peso corporal. Asimismo, el consumo de otros psicoestimulantes, como las anfetaminas, lleva aparejado un déficit en micronutrientes como vitamina B12, C, ácido fólico, vitamina A, selenio, hierro y zinc.

En los consumidores de opiáceos pueden aparecer cuadros clínicos de malnutrición por anorexia asociada a una disminución de la ingesta. Suele existir una preferencia por alimentos ricos en hidratos de carbono y grasas. La cavidad oral presenta un estado deficiente, con pérdida de piezas dentales, situación que se puede atribuir a la falta de higiene por dejadez y desinterés en el cuidado personal, y al aumento del consumo de alimentos ricos en azúcares simples.

En las dietas de los consumidores de cannabis hay una menor calidad nutricional, aunque su uso incrementa el apetito y la ingesta de alimentos. Algunos consumidores habituales pueden presentar sobrepeso, necesitando reducción de grasa, azúcares y de ingesta calórica total.

Por todo lo anteriormente expuesto es necesario realizar una valoración nutricional adecuada, a fin de establecer las pautas de intervención más correctas en cada caso. Ésta ha de constar de:

- *Anamnesis*: se valora dieta (mediante registro de 24 horas, cuestionario de frecuencia de consumo), hábitos, restricciones, intolerancias o alergias alimentarias, número de comidas, métodos de cocinado de los alimentos, actividad física. Se estima la cantidad de nutrientes ingeridos y se

compara con los requerimientos aconsejados. Se registra la existencia de trastornos metabólicos o digestivos.

- *Exploración física*: observación de signos sugestivos de carencias nutritivas.
- *Antropometría nutricional*: peso, talla, índice de masa corporal, pliegues cutáneos, perímetros, índice cintura-cadera.

En función de la valoración determinaremos los diagnósticos de enfermería o problemas de colaboración pertinentes, adaptando nuestras intervenciones a las necesidades del paciente. Las más habituales son: asesoramiento nutricional, manejo de la nutrición y enseñanza de la dieta prescrita. Elaboramos una dieta individualizada con el paciente en función de sus características, ayudándole en la confección de menús saludables y desechando las dietas sistematizadas.

El resto de patrones de salud también están estrechamente relacionados con los hábitos saludables. Nos detendremos en el patrón 4: actividad-ejercicio. Solemos encontrarnos con pacientes sedentarios, y nuestra intervención en este caso es pactar un programa de ejercicio físico con el paciente. La práctica controlada y regulada de ejercicio físico ha demostrado que puede contribuir a una estimulación en la producción de endor-

finas, que generan en el sujeto una sensación de placer y bienestar.

El patrón 5: sueño-descanso también se puede encontrar alterado. Nuestra intervención se centra en el manejo de los factores ambientales y la higiene del sueño, así como la enseñanza de técnicas de relajación. Especialmente importante en nuestros pacientes es la valoración del patrón 9: sexualidad- reproducción, sobre todo si padecen infecciones de transmisión sexual, incidiendo en la enseñanza de sexo seguro. Por último, en el patrón 10: adaptación-tolerancia al estrés, solemos encontrar estrategias ineficaces de manejo de la ansiedad. Intervendremos mediante la enseñanza de técnicas de relajación y de estrategias para mejorar el afrontamiento de problemas.

Unas de las principales causas de desnutrición en adultos de países desarrollados es la ingesta excesiva de alcohol. Un alcohólico puede llegar a reemplazar hasta el 60% de su ingesta calórica por alcohol, el cual solo aporta calorías «vacías»



SALIR DEL ATASCO: *Reflexiones duales*

Joseba Rey. Fundación Jeiki
Psicólogo-psicoterapeuta de la Unidad de valoración y evaluación

En un lugar de cuyo nombre no puedo acordarme, apareció en un tiempo no muy lejano cabalgando entre las toxicomanías el concepto de patología dual. Desde entonces ha campado por el terreno de las toxicomanías con diferente suerte, pero aposentándose cada más en este mundo, hasta llegar un momento en el que la patología dual podría llegar ser considerada una categoría en sí. Es decir, ¿se trata de dos entidades distintas o sumativas? o ¿se trata de una entidad nosológica constituida por la suma de las dos?

Todo lo prieto no es morcilla. Reflexiones

Podríamos hacernos numerosas preguntas sobre el porqué y el para qué del surgimiento del concepto de patología dual. ¿Conduce a pensar que tras un abuso de sustancias hay otro problema que tiene que ver con la salud mental de la persona que hay que buscar?, ¿ese problema del área de la salud mental es un favorecedor para la atención del toxicodependiente o se convierte en bloqueador?, ¿a qué aspectos del imaginario social responde el surgimiento de un concepto como éste?, ¿es una nueva marca comercial que diferentes casas industriales-comerciales y grupos profesionales pueden coger o están cogiendo como filón?, ¿qué intereses o beneficios suscita al orden económico del sistema histórico social que rige nuestro funcionamiento?, ¿qué representa para los diferentes departamentos de las instituciones gubernamentales de salud y atención al ciudadano con un funcionamiento toxicómano?, ¿puede ser la patología dual una manera de justificar las dificultades de abordaje en el campo de las toxicomanías, solucionándose mediante el etiquetaje?, ¿etiquetar da

seguridad ante lo que no avanza o lo que no sabemos dar avance?...

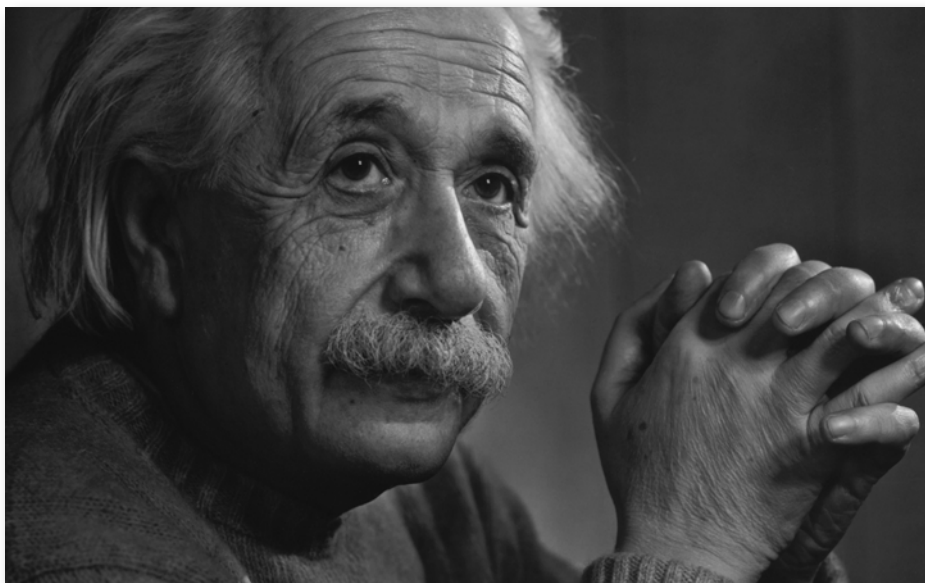
Al crear categorías clasificatorias surge el problema del inmovilismo y de la justificación, además de la preponderancia del pensamiento lineal causal para la explicación de los comportamientos y de los problemas.

Estas son solo una serie de cuestiones o reflexiones en torno a un concepto y a su alumbramiento, y que seguramente las distintas líneas profesionales de abordaje tendrán sus respuestas para contestarlas, aunque lo más probable es que sea de manera parcial. Digo parcial, porque habría que partir de la idea de que la realidad es una realidad construida e inventada en un momento histórico social dado, en un lugar dado,..., para entender o justificar las cosas que pasan.

A la hora de enfocar los problemas humanos no hay que dejarse encarcelar ni por un modelo rígido de interpretación de la naturaleza humana ni por una concepción metodológica o clasificatoria rígida y ortodoxa de la psicología o psiquiatría. No existe

una realidad, sino tantas realidades como puntos de observación e instrumentos empleados para observar. Desde un modelo epistemológico constructivista, tiende a quedar refutado cualquier modelo de interpretación y explicación en sentido absolutista de la naturaleza del hombre y su comportamiento, así como de sus problemáticas, puesto que cualquier modelo de este tipo tiende a caer en la trampa de la autorreferencia (atribuirse a sí mismo el nombre, autojustificarse); es decir, no existe ontológicamente una verdadera realidad sino diversas realidades subjetivas que varían de acuerdo el punto de vista que se adopta y se considera la realidad como el producto de la perspectiva, los instrumentos del conocimiento y del lenguaje por el cual percibimos y comunicamos (Salvini). Como observaba Bateson: «la ciencia es un modo de percibir, organizar y dar sentido a las observaciones, instruyendo teorías subjetivas cuyo valor no puede ser definitivo».

Las explicaciones (y clasificaciones) del comportamiento de las personas tratadas en el campo de las toxi-



comanías han de ser, no verdades irrefutables, sino hipótesis para relacionarse con el mundo, puntos de vista parciales, útiles para describir y organizar datos observables. Los seres humanos no actúan sobre la realidad que nos sale al paso, sino sobre las transformaciones perceptivas que constituyen su experiencia del mundo. Se pueden considerar los problemas como el producto de la interacción entre persona y realidad, y sobre todo de cómo cada uno percibe la realidad mediante la perspectiva asumida (como ocurre en el caso de la patología dual asumida como una realidad que conduce a la profecía autocumplida y a la explicación de lo que ocurre en base a una categorización).

No hacer de los defectos una distancia, y sí, una aproximación. Riesgos y funcionalidad

En la realidad construida encontramos las clasificaciones nosológicas de los diferentes trastornos mentales (entendidos como síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad, no debiendo ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento cultural y considerándose como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica), de los que se nutre el concepto de patología dual: abuso de sustancias + otro trastorno o trastornos sintomáticos de eje I (patología dual, triple, cuádruple,...) y/o trastorno de personalidad (eje II).

Las clasificaciones producen la tendencia de ser otro intento de forzar los hechos, un intento de hacer que las personas usuarias de tratamientos de drogodependencias encajen en la teoría y clasificaciones de referencia manteniendo escaso valor operativo. Perspectivas descriptivas como las de los manuales diagnósticos dan un concepto estático del problema, una especie de fotografía que lista todas las características esenciales de un trastorno, pero estas clasificaciones no proporcionan sugerencias operativas sobre cómo funciona el problema. Einstein proclamaba en los años 30 que son las teorías las que determinan lo que podemos observar. Los enfo-



Al crear categorías clasificatorias surge el problema del inmovilismo y de la justificación, además de la preponderancia del pensamiento lineal causal para la explicación de los comportamientos y de los problemas

ques teóricos o clasificatorios en psiquiatría y psicología se basan, en su mayoría, en posicionamientos descriptivos y normativos. Así está ocurriendo con el concepto de patología dual. La búsqueda de una descripción de lo que a esa persona le pasa al margen o en paralelo a su drogodependencia. Y se tiende a caer en la fuerza y el peso del etiquetaje que conduce al inmovilismo y a pensar que la clasificación de los trastornos mentales clasifica a las personas. El uso del etiquetaje puede conllevar diferentes riesgos. Riesgos como el inmovilismo justificado por una etiqueta que puede llegar a alcanzar a la identidad, a clasificar a la personas («es que como soy», «es que es un...») justificando comportamientos, sentires, percepciones y al bloqueo de procesos de tratamiento. Otro riesgo es el ¿dónde se trata la patología dual?, ¿en el mismo dispositivo de tratamiento de drogodependencias o en dualidad de dispositivos? (¿dispositivos duales?), si es en el mismo dispositivo, ¿con agentes profesionales incluidos para la búsqueda de ese otro problema que al estar tan presente en el imaginario de las toxicomanías la idea de patología dual pueda hacer que se tienda al sobre-

diagnóstico?. Respecto al usuario/a puede surgirle efecto ping-pong: se le trata disociadamente y se le puede tratar como pelotita si entre los dispositivos o agentes profesionales empiezan a haber diferencias, al igual que el usuario/a puede triangular a los diferentes profesionales implicados en su tratamiento. Por no profundizar entre las competencias de los departamentos gubernamentales responsables de la atención de la patología dual. Seguramente habrá más riesgos de los nombrados en el uso o abuso del concepto de patología dual y es posible que cada uno pueda encontrar más y utilizar éstos como trampolín reflexivo.

Pero el ver otros factores relacionados con la clínica-patología que ocurren junto al abuso de sustancias puede proporcionar ventajas, en la medida que lo entendamos como problemas de funcionamiento, clasificando los trastornos de las personas que los padecen. Se encaminaría a poner el interés en el funcionamiento concreto del problema, en sus dinámicas y procesos, estudiando reglas y funciones que le son propias, es decir, cómo funciona el problema (y no tanto por qué existe el problema).

Una descripción operativa iría encaminada a cómo el problema se alimenta a sí mismo a través de una red de retroacciones perceptivas y reactivas entre la persona y su realidad personal e interpersonal. Por eso surge el interés por la funcionalidad del comportamiento humano frente a los problemas y de poner el foco en la relación interdependiente que cada uno vive consigo mismo, con los demás y con el mundo. El objetivo es el buen funcionamiento de estas relaciones, no en términos generales y absolutos de normalidad, sino en términos de realidad personal, diversa de individuo a individuo y de contexto a contexto. Habría que centrarse en ver cómo funciona y cómo se puede intentar cambiar la situación de malestar de una persona, prestando atención a la manera de percibir y filtrar la realidad y a los aspectos pragmáticos de la relación con esa realidad, a cómo mediante estos procesos se constituyen situaciones problemáticas. Se parte de la idea de que el trastorno psíquico y comportamental está determinado por la percepción de la realidad propia de la persona, es decir, por su punto de vista de observación que hace que construyan una realidad ante la que él reacciona con una conducta o comportamiento disfuncional, también denominado psicopatológico. De ahí que se pueda tender a evitar las etiquetas de clasificación psiquiátrica a fin de eludir el efecto de profecías que se autorrealizan que tienen en quienes las reciben y utilizar una maniobra comunicativa redefiniendo los trastornos en térmi-

nos de problemas para construir una realidad terapéutica menos patologizante y positivizante (por otra parte, los problemas están hechos para ser resueltos). Esto no quiere decir que haya que renegar de las descripciones ni clasificaciones diagnósticas, es decir, nombrar lo que uno padece, pero sí puede permitir salir del encajamiento estático que puede llevar al encorsamiento y ampliar o hacer factibles abordajes desde un lugar más operativo a la patología dual. Además, se puede valorar ese funcionamiento a lo largo del tratamiento en periodos marcados de tiempo.

Una sonrisa tras la tapia

En la unidad de valoración y evaluación psicológica de la Fundación Jeiki se lleva un tiempo reflexionando sobre estos temas y sobre la integración de lo estático-empírico con lo funcional. La unidad de valoración y evaluación psicológica de la Fundación Jeiki se propone como un dispositivo para aglutinar, ordenar y estructurar la mayor información posible pretendiendo ir algo más allá de evaluar y valorar, queriendo estructurar o sistematizar un conjunto de datos básicos mediante una serie de herramientas objetivas y validadas empíricamente para darles una operatividad y poder ofrecer un funcionamiento del usuario/a evaluado. Se valora el funcionamiento mediante evaluaciones cognitivas y de personalidad con herramientas objetivas y validadas, junto con una entrevista y coordinación con los programas de tratamiento

para la obtención de datos clínicos y sociodemográficos. Las evaluaciones se van realizando a lo largo del tratamiento en periodos de unos seis meses aproximadamente. Obtenemos un funcionamiento cognitivo y de personalidad contextualizado que se intenta integrar, aportándonos un funcionamiento además de un posicionamiento clasificatorio. Esta información es compartida y devuelta al usuario/a y al terapeuta responsable. La devolución se plantea desde la representación del desplazamiento del punto de observación del usuario/a y del profesional responsable, desde su posible rigidez y disfuncional posición perceptivo-reactiva a una percepción menos rígida y con más posibilidades de percepción-reacción. A lo largo de las evaluaciones se van obteniendo variaciones de este funcionamiento que se va contrastando con el funcionamiento a lo largo del tratamiento. La idea es la de proporcionar modos de funcionar que pueden categorizarse en las clasificaciones diagnósticas, pero haciendo menos hincapié en el etiquetaje y más en la dificultad de funcionamiento o problema susceptible de ser abordado durante el tratamiento. Es decir, en cómo funciona el usuario/a en su relación consigo mismo, con los demás y con el mundo. Digamos que se intenta proporcionar una información para salir del atasco que a veces supone el diagnóstico dual y posibilitar orientaciones para su abordaje desde el cómo se funciona y no desde el porqué, teniendo en cuenta que es una información que comparten tanto el usuario/a como los programas de tratamiento y de los cuales pueden extraer soluciones o pautas de abordaje. Como señalaba Von Foester, obra siempre de modo que aumentes el número de posibilidades de elección.



Bibliografía:

Nardone, G. y Portelli, C, *Conocer a través del cambio*, Herder, Barcelona, 2006.

Watzlawick, P y Nardone, G., *El arte del cambio*, Herder, Barcelona, 1992.

DSM-IV-TR, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Masson, Barcelona, 2002.

CIE 10, *Trastornos mentales y del comportamiento*, Meditor, Madrid, 1992.

JOSEP GUARDIA SERECIGNI

Psiquiatra de la Unidad de Conductas Adictivas del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona y vicepresidente de Socidrogalcohol (Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías)

Por José Carlos Aguelo

Las bebidas alcohólicas (que incluyen el vino y la cerveza) son un producto que se consume en exceso en determinadas ocasiones.

Tomar varias consumiciones alcohólicas en poco rato, lo que se podría considerar como un «atacón» de bebida, es una manera de beber que produce un estado de intoxicación alcohólica. La concentración de alcohol sube progresivamente en el organismo hasta que alcanza concentraciones que superan el límite legal para conducir y que aumentan el riesgo de sufrir consecuencias negativas, tales como accidentes, caídas, lesiones, discusiones, peleas, agresiones, imprudencias, y comportamientos autodestructivos.

Algunas de dichas consecuencias negativas afectan sólo a la persona que ha bebido en exceso pero otras, como los accidentes y las agresiones, pueden afectar además a las personas del entorno o bien a algunas personas que pasaban por allí (en aquel momento) y que se convierten en víctimas de la persona intoxicada por el alcohol.

El alcohol, unido a otros consumos como estamos viendo cada día, ¿un cóctel explosivo?

Las drogas ilegales se suelen tomar asociadas a las bebidas alcohólicas y la persona que toma drogas no suele tomar pequeñas cantidades de alcohol, sino que hace «atacones» de bebida.

Los atracones de bebida en sí mismos ya aumentan el riesgo de accidentes, agresiones, imprudencias y victimización. Pero la asociación de determinadas drogas con el alcohol aumenta el riesgo de dichos accidentes e incidentes violentos.

Los accidentes de tráfico y los incidentes por violencia doméstica se encuentran asociados con gran frecuencia a un consumo excesivo de alcohol, por parte de la persona causante. Si además de alcohol ha tomado

alguna o varias drogas la probabilidad de accidente y la gravedad de las lesiones suele ser mayor.

¿Qué secuelas puede dejar en los jóvenes la cultura del «botellón»?

El «botellón» es una manera de beber alcohol en forma de «atacones». La persona que hace «botellón» puede ingerir más de cinco consumiciones alcohólicas en poco rato (dos horas). Este consumo de alcohol supera el límite legal para conducir y puede



llegar al límite que se considera como delito de tráfico. La probabilidad de tener accidentes, caídas y lesiones es mucho mayor y la desinhibición de los impulsos agresivos y sexuales, en un estado en el que la capacidad de razonamiento está deteriorada, puede ocasionar alteraciones del comportamiento y conflictos con los demás. Y además puede ir acompañado del consumo de otras drogas al mismo tiempo.

Tomar alcohol y drogas abona el terreno para que se desarrolle más rápidamente un proceso adictivo, tanto al propio alcohol como a las otras drogas.

La repetición frecuente de estos «atracones» de bebida puede producir cambios adaptativos en el funcionamiento del cerebro, que aumentarían la vulnerabilidad hacia el desarrollo de una enfermedad adictiva con el alcohol, o alcoholismo.

La persona que ha desarrollado una adicción al alcohol puede sufrir hasta 60 enfermedades médicas y psiquiátricas, causada por la intoxicación crónica del alcohol durante años y estas enfermedades, además de acortar su expectativa de vida, pueden deteriorar gravemente su «calidad» de vida. La persona que sufre alcoholismo puede pasar los últimos años de su vida gravemente enferma, con necesidad de cuidados y hospitalizaciones repetidas y frecuentes, que pueden deteriorar también la calidad de vida de los familiares que conviven con él.

Últimamente se habla mucho de alcohol y mujeres. ¿Es algo nuevo?

Los problemas relacionados con el alcohol han afectado siempre más a los hombres que a las mujeres; sin embargo estudios recientes con adolescentes de 14 a 18 años han detectado un consumo de alcohol igual o mayor en las chicas que en los chicos de esta edad.

Cuando es el hombre el que bebe en exceso, la mujer puede sufrir las consecuencias de la victimización por los accidentes o comportamientos agresivos de la persona intoxicada. Pero cuando la mujer ha bebido en exceso se convierte en más vulnerable a dicha victimización, ya que está

menos alerta del riesgo potencial que asume en determinadas situaciones, no se encuentra en condiciones para poder evitar o evadirse de dichas situaciones y no puede defenderse de la misma manera que si estuviera sobria, ante una posible agresión.

Las personas intoxicadas por el alcohol no suelen tomar las medidas adecuadas de prevención de enfermedades de transmisión sexual ni del embarazo. Tras haber hecho un «atracción» de bebida aumenta el riesgo de contagio de dichas enfermedades y de embarazos no deseados.

Desde el momento de la concepción y en los primeros días del embarazo, elevadas concentraciones de alcohol en el organismo pueden perjudicar gravemente al embrión y al feto. El consumo de alcohol durante el embarazo va asociado a un mayor riesgo de mortalidad fetal, síndrome alcohólico fetal o, por lo menos, alteraciones sutiles en el comportamiento y el aprendizaje del niño, en la línea de la hiperactividad y la desadaptación escolar y social.

¿Sabemos qué porcentaje de mujeres consumidoras de alcohol en España?

Un 73% de las mujeres entre 15 y 65 años y un 74% de las adolescentes entre 14 y 18 años, toman bebidas alcohólicas con mayor o menor frecuencia.

Pero un 18% entre 15 y 25 años, un 12% entre 25 y 34 años y un 6,8% entre 35 y 44 años hacen atracones de bebida, que es un patrón de consumo problemático de alcohol, que suele estar asociado a un mayor riesgo de accidentes e incidentes. Tratándose además de mujeres que se encuentran en edad fértil, existe el riesgo de que la exposición prenatal al alcohol de sus hijos pueda repercutir sobre la siguiente generación.

¿Hay algún motivo que les lleva a consumir alcohol?

Aunque los motivos pueden ser parecidos en ambos sexos, las mujeres pueden tender (más que los hombres) a beber alcohol como un medicamento, para aliviar estados de ansiedad, estrés o depresión

¿Cómo es el trabajo con ellas?

En la recuperación del alcoholismo, las situaciones de estrés, ansiedad o los estados de ánimo negativos pueden ser importantes factores de riesgo de recaída. Por tanto, la prevención de recaídas pasa por la intervención psicológica y el manejo médico de estas emociones.

Determinados síntomas o trastornos de ansiedad o depresión requieren además la administración de determinados psicofármacos; sin embargo, conviene evitar algunos tranquilizantes o pastillas para dormir, los cuales



Tomar alcohol y drogas abona el terreno para que se desarrolle más rápidamente un proceso adictivo, tanto al propio alcohol como a las otras drogas

tienen un elevado riesgo adictivo para las personas que sufren alcoholismo y por que además tienen un grave riesgo de sobredosis, cuando se toman asociados al consumo de alcohol, ya que potencian gravemente las consecuencias de la intoxicación alcohólica.

¿Qué efectos puede tener el consumo de alcohol si una mujer está embarazada?

El alcohol es un agente teratógeno, es decir que puede producir malformaciones en el embrión y el feto. Por este motivo, es la segunda causa de retraso mental y la primera que se podría prevenir.

Las mujeres que se encuentran embarazadas no deberían tomar bebidas alcohólicas ya que muchos estudios (desde los años 70) han comprobado una poderosa relación entre el consumo de alcohol de la madre y el riesgo de aborto o de síndrome alcohólico fetal.

La afectación más sutil de la exposición prenatal al alcohol, serían determinadas alteraciones del comportamiento y el aprendizaje del niño en edad escolar, que van asociadas a una importante desadaptación y fracaso escolar. Al llegar a la adolescencia las alteraciones del comportamiento se pueden agravar con el propio abuso de alcohol y/o drogas. Y al llegar a la vida adulta van a requerir una supervisión por parte de otro adulto, ya que habitualmente no pueden funcionar con total autonomía.

¿Es fácil dejar el alcohol?

Dejar el alcohol es fácil, cuando una persona ha sufrido alguna consecuencia negativa importante y se propone que no vuelva a suceder. Si la persona no ha desarrollado todavía una adicción al alcohol y se propone reducir su consumo puede conseguirlo. Sin embargo, cuando se ha desarrollado una adicción al alcohol o alcoholismo, el día que la persona pruebe de tomar una nueva consumi-



ción alcohólica es probable que vuelva a beber en exceso y que recaiga en el consumo problemático de alcohol.

Hay profesionales especializados en el tratamiento de los problemas con la bebida y hoy día se dispone de diversos medicamentos que pueden ser de gran utilidad para la persona que se propone reducir sustancialmente su consumo de alcohol o incluso dejar de beber. Pero resulta imprescindible la colaboración y el compromiso de la persona que tiene el problema con la bebida.

Si una persona que ha tenido problemas con la bebida quiere superarlos y además cuenta con la ayuda de un profesional experto en el tema y de la medicación oportuna, tiene muchas probabilidades de éxito.

¿Qué tendría que cambiar en nuestra sociedad para darle la vuelta a esta realidad?

La disponibilidad de las bebidas alcohólicas es uno de los factores más importantes en el desarrollo de cualquier conducta adictiva. Cuando se reduce la disponibilidad del alcohol disminuyen significativamente los problemas que se producen como consecuencia de su consumo excesivo.

No se trata sólo de una cuestión de sentido común, hay infinidad de estudios científicos que han comprobado

reiteradamente la eficacia de cualquier estrategia que disminuya la disponibilidad de bebidas alcohólicas. Sin embargo, los tímidos intentos que se han hecho en esta dirección no han llegado a ver la luz, en nuestro país. Parece por tanto que se trata de un tema difícil en nuestros medios, cuando en otros países avanzados han dado ya muchos pasos en esta dirección y han conseguido buenos resultados.

¿Hemos perdido la batalla con el alcohol en este país?

Durante la década anterior se han experimentado importantes progresos en relación a la problemática del tabaco. Se ha explicado bien el problema, la población lo ha comprendido y se han puesto en marcha medidas legales que han resultado eficaces. Por el momento, no parece que vayamos en la misma dirección, con respecto al problema del alcohol.

¿Cree que son eficaces las campañas contra el consumo abusivo de alcohol?

Las «campañas» preventivas no suelen ser eficaces para reducir la problemática del alcohol o las drogas. Sólo resultan de utilidad, como ha sucedido con el tabaco, cuando van seguidas de las medidas legislativas orientadas a una verdadera prevención del alcoholismo y del consumo de riesgo de alcohol.

A PROPOSITO DE LA REALIDAD

Dr. Manuel Yzuel Sanz
Centro de Solidaridad de Zaragoza

EN PORTADA

CERCA DEL 20% DE
LOS CONDUCTORES
CONSUME SUSTANCIAS
ILEGALES ANTES DE
SENTARSE AL VOLANTE

TOLERANCIA CERO

**Controles de drogas:
Todos los días,
a todas las horas,
en todas las vías...**

Tolerancia cero para los conductores que consuman drogas y se pongan al volante. Es el objetivo de la campaña de control y concienciación que el Ministerio del Interior y la Dirección General de Tráfico han puesto en marcha estos días. ¿Las causas? Más del 19 % de los conductores consumen drogas ilegales, y otro 5%, alcohol. Con el agravante de que el consumo de estas sustancias aumenta entre 2 y 7 veces el riesgo de sufrir un accidente de tráfico.

TRÁFICO Y SEGURIDAD VIAL 10 N° 215 / 2012

N° 215 / 2012 11 TRÁFICO Y SEGURIDAD VIAL

Páginas centrales de la revista *Trafico y seguridad vial*. Número 215.

Casi la mitad (45%) de los conductores que murieron en un accidente de tráfico en la carretera el año pasado habían consumido alcohol, drogas o psicofármacos, según la **Memoria del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses**, presentada este mes de julio. El informe, que se basa en análisis toxicológicos realizados a una muestra de 969 fallecidos (algo menos de la mitad del total de muertos en accidentes de tráfico en 2011), destaca que de los casos que dieron posi-

tivo, **el 77,78% había ingerido alcohol, el 37,54% se le detectó algún tipo de droga y un 21,20% había consumido psicofármacos.**

Del número de conductores que iban al volante intoxicados cuando sufrieron el accidente, la sustancia más común fue la **cocaína** (implicado en el 54,72% de los casos), seguida del cannabis (en el 47,17% de los casos). En comparación con años anteriores, ha aumentado tanto el

consumo de psicofármacos, como el de drogas y el de alcohol.

El fiscal de Seguridad Vial, Bartolomé Vargas, ha denunciado que el consumo de drogas «es una verdadera lacra unida a la conducción» y ha señalado que «a día de hoy hay una situación de impunidad grande» con los conductores que consumen drogas. Precisamente, el 9 de julio la Dirección General de Tráfico pone en marcha una nueva estrategia de

Casi la mitad (45%) de los conductores que murieron en accidente de tráfico en la carretera el año pasado habían consumido alcohol, drogas o psicofármacos según la Memoria del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses



permissividad cero con drogas al volante que implicará la puesta en marcha de controles de drogas en la carretera similares a los de alcoholemia. También en Francia y desde el 1 de julio, se obliga a llevar en el coche un test de alcohol, como medida preventiva para evitar la conducción bajo el exceso de alcohol.

Estos datos, perdidos en el torrente incesante de noticias con que nos bombardean los medios de comunicación a diario, nos hacen pensar en la absoluta permissividad, que no tolerancia, que tenemos en nuestro país con las drogas. Un uso normalizado, permitido y aceptado tácitamente cuando no promocionado, en el caso de drogas legales como el alcohol. Un uso generalizado, asumido como ingrediente necesario del tiempo de ocio, que sin embargo nos deja un índice de fallecidos en accidentes de tráfico escalofriante.

Recientemente en el Simposio organizado por Socidrogalcohol en Valencia sobre «Mujer y Alcohol» hemos asistido a la presentación de esta normalización del abuso de alcohol, vinculado a los tiempos de ocio, hasta el extremo que afrontamos un nuevo paradigma en el abordaje de este problema entre los jóvenes. Las conductas de riesgo se generalizan con las nuevas formas de consumo como el Consumo Intensivo de Alcohol (CIA) en inglés Binge Drinking,

hasta el extremo que se hace necesario desmontar una serie de tópicos que están en boca de esta generación de adolescentes y que nos obliga a plantear una respuesta. Frente a la normalización total del consumo de alcohol y cannabis en los tiempos de evasión, de nuestro jóvenes, se impone una respuesta.

Los adolescentes creen que «No hay fiesta sin alcohol» «para divertirse hay que descontrolar» «que cuanto antes te suba mejor» «que si bebo es para emborracharme» «que cuando voy pedo, puedo hacer cualquier cosa, que luego no lo recuerdo» «que no pasa nada» «que todos lo hacen» «que todos lo hemos hecho alguna vez».

Las nuevas formas de consumo de los jóvenes, desde la cultura del botellón hasta el consumo competitivo de alcohol vinculado a juegos y apuestas, se aleja mucho de la tradicional forma mediterránea de consumo vinculado a la conversación y a la comida de generaciones anteriores. En el extremo de las curiosidades terroríficas se presenta el consumo lúdico a través de la vía respiratoria mediante el uso de nebulizadores, que causan furor en Ibiza, y grandes quebraderos de cabeza a los médicos de urgencias. También se describen conductas de consumo a través de las mucosas genitales e intestinales, mediante la introducción de tampones

empapados en bebidas alcohólicas, para evitar el control parental del aliento alcohólico.

La sociedad Española de Pediatría publicaba un dato en su memoria del 2010 según la cual: «El consumo de alcohol durante los fines de semana, sobre todo entre los jóvenes, se ha convertido en un problema de salud pública. Las investigaciones desarrolladas en los últimos treinta años, han demostrado que el consumo excesivo de alcohol puede provocar graves trastornos físicos, psicológicos y del comportamiento. El riesgo de padecer estos trastornos a lo largo de la vida es mayor cuando este consumo se inicia en la adolescencia.

Las intoxicaciones etílicas en menores durante los fines de semana han aumentado en los últimos años. El 48,6% de los menores de 12 a 18 años atendidos por intoxicación en urgencias hospitalarias, habían consumido alcohol y/o drogas ilegales. El 67,1% de ellos acudió entre las 20 horas del viernes a las 9 horas del lunes. El 92,9% había consumido alcohol (un 10% de éstos consumieron además drogas ilegales) y el 7,1% restante consumió únicamente drogas ilegales». Lo cual supone un serio riesgo biológico para la maduración neurológica del cerebro de nuestros adolescentes. Si hablamos del cannabis podemos encontrar miles de referencias objetivas que vinculan esta

Las nuevas formas de consumo de los jóvenes, desde la cultura del botellón hasta el consumo competitivo de alcohol vinculado a juegos y apuestas, se aleja mucho de la tradicional forma mediterránea de consumo vinculado a la conversación y a la comida de generaciones anteriores

droga con la aparición precoz de psicosis y aun de esquizofrenia a edades tempranas.

En este escenario, no ayudan las medidas de control social, diferentes en cada comunidad autónoma. Acceso fácil a la compra de bebidas alcohólicas de menores, que se convierte



inmediatamente en una falta administrativa, castigada con medidas punitivas poco educativas y normativas de prohibición que desaparecen durante las fiestas por intereses financieros. Asistiendo incluso a su elogio y necesidad por parte de la autoridad política de turno.

Tal vez, a la luz de estas realidades, llegue el tiempo de sentarnos con nuestros hijos y nuestros adolescentes para objetivar cómo beben. Negociar y aceptar los consumos experimentales, como mal menor, con objeto de garantizar consumos de bajo riesgo. Enseñarles que cuando uno bebe, no es obligatorio emborracharse. Que la comisión de los actos bajo el efecto

de alcohol u otras drogas no les exime de la responsabilidad de sus conductas. Que el alcohol es un tóxico celular, independiente de su dosis, aunque sea legal y promovido por las compañías interesadas en su consumo. Que la publicidad no se corresponde necesariamente con la verdad. Que los estudios científicos demuestran clara y objetivamente las complicaciones médicas que se derivan del uso abusivo del alcohol y del cannabis, a pesar de su pregonada inocuidad. Y en definitiva podemos hablar de que no es necesario consumir sustancias que nos distorsionan la realidad y nos hacen perder nuestras capacidades neurológicas para divertirnos y disfrutar en sociedad.

DROGAS *y* CONDUCCIÓN

TOLERANCIA CERO



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DEL INTERIOR



Publicidad y consumo de alcohol en jóvenes

Fernando Pérez del Río
 Doctor en Psicología
 Proyecto Hombre Burgos

El sociólogo Robert King Merton decía que cada subsistema asume función. Si cumple con sus objetivos se le denomina «funcional», y, si no cumple los objetivos, disfuncional. Tras esta, aparentemente sencilla aseveración y dado que la sociedad sigue cambiando, podemos hacernos muchas preguntas como ¿qué nuevas funciones cumple el alcohol en la adolescencia? ¿Qué nuevas alternativas podemos encontrar?

Durante estos últimos años, la actualidad de la crisis ha solapado otras informaciones, y en este artículo me gustaría detenerme y apuntar cuál es la situación actual del consumo de alcohol de los adolescentes y de la publicidad, algo que en cierta medida ha dejado de ser noticia desde hace unos años, pese a que las estadísticas nos muestren que el problema apenas se ha modificado. Por ejemplo, desde hace décadas, en España se sigue imponiendo un patrón de consumo de alcohol más parecido al que se practica en el norte de Europa, y no es otro que beber más los fines de semana; el 29,8% de los jóvenes entrevistados de Castilla y León se ha emborrachado

en estos últimos treinta días. Siguen existiendo creencias bien consolidadas, por ejemplo, según el 61,8% los adolescentes creen que beber más el fin de semana (cinco ó seis copas/cañas) no provoca problemas.

Recordamos que la edad crítica donde se comienzan a beber y donde vemos un incremento brusco está en los 14 años; otra edad importante son los 17, puesto que es la edad donde más alcohol se consume. Algo que se sigue manteniendo es que las chicas continúan bebiendo más en todos los intervalos estudiados.

Como sabemos, el consumo de alcohol tiene un buen aliado en la publicidad que se esfuerza por presentar el consumo de alcohol como algo normal, beber es un acto sociable que ayuda a la integración, es moderno y glamuroso, incluso la publicidad ha servido para presentar al que no bebe como un ser algo «rarito», bajo el lema de «todos beben».

La Organización Mundial de la Salud sigue insistiendo en la conveniencia de que los adolescentes no encuentren

publicidad a su alrededor, y que el control de los anuncios sea estricto. También tenemos leyes que controlan la publicidad en la Televisión, la conocida franja de protección infantil de las 6.00 a 22.00 horas, y también hay leyes que prohíben hacer publicidad en las proximidades de los Colegios (Ley 3/2007 que modificó la Ley 3/1994).

Hace unos días se presentó un interesante estudio «Impacto de la publicidad en los hábitos de consumo de bebidas alcohólicas de los adolescentes», realizado en Castilla y León y que tiene como muestra a 1.928 estudiantes. Lo que a mi juicio este estudio pone de manifiesto son dos cosas: la primera es el altísimo nivel de reconocimiento de los anuncios de bebidas alcohólicas; es decir, los anuncios logran ser recordados por los adolescentes de una forma asombrosa.

Y la segunda, que hay una fuerte asociación entre recordar mensajes publicitarios y consumir más alcohol y con más frecuencia, aunque como siempre hay que recordar que «No es obligatorio que algo tenga que ocurrir porque otra cosa haya ocurrido» (Wittgenstein, *Tractatus*, 6.37-.371). Es decir, no podemos establecer una relación causal y, por otro lado, no tener en cuenta otras muchas variables.

La situación del alcohol y los adolescentes es algo que hemos aceptado socialmente, y quizá este sea el mayor desafío, cambiar lo que parece tan asumido, modificar lo evidente y aceptado por todos, cambiar lo que siempre ha sido así y empezar a pensar con esquemas diferentes. Quizá el mayor problema sea algo tan sencillo como haberse acostumbrado al problema de tanto convivir con él.



NUEVA CAMPAÑA PUBLICITARIA:

No compres, ni consumas, ni trafiques con drogas en el extranjero

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad presenta la campaña «No compres, ni consumas, ni trafiques con drogas en el extranjero» 2012.

El delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Francisco Babín, presentó la campaña 2012 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y del Instituto «Ramón Rubial»-Fundación Ideas para el Progreso, para alertar de los riesgos de consumir o traficar con drogas en los viajes al extranjero.

La campaña, que utiliza los mismos materiales del año anterior, tiene por lema **Si te has creído que pasar droga es la solución a tus problemas, te puedes creer todo lo demás.**

4 de cada 5 españoles presos en cárceles extranjeras están condena-

dos por delitos relacionados con el consumo o tráfico de drogas.

Según datos del Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación, a fecha 30 de junio 2.426 españoles están detenidos en 53 países extranjeros. De ellos, el 83,4% (2.009) lo están por delitos relacionados con el consumo o el tráfico de drogas a pequeña escala.

Los países con mayor número de detenidos por drogas son, por este orden: Perú (271), Colombia (192), Italia (191), Brasil (178), Marruecos (154).

Para divulgar los mensajes de esta campaña se distribuirán 1.000 carteles y 80.000 postales.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, ha financiado esta campaña con 13.000 euros procedentes del Fondo de bienes decomisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados.

La campaña tiene presencia física en aquellos puntos de paso frecuente de viajeros o personas con intención de viajar, en todo el territorio nacional.



En la distribución de los materiales colaboran, entre otras instituciones, los ministerios de Interior y de Asuntos Exteriores y Cooperación, AENA y Puertos del Estado.

Los carteles se pueden ver en estaciones de ferrocarril, aeropuertos internacionales, oficinas que expiden pasaportes, oficinas del Consejo de la Juventud de España y de todos sus miembros asociados, centros de vacunación de Sanidad Exterior, ayuntamientos y oficinas consulares de España en el extranjero.

CONCIENCIAR Y DISUADIR

Para Francisco Babín la campaña tiene un doble objetivo: por un lado, concienciar a la población que viaja a otros países de los riesgos que corren al tomar cualquier tipo de contacto con las drogas. Y por otro, disuadir a aquellas personas que tratan de introducir drogas en otros países, pensando que de esta forma van a poder obtener un rápido beneficio económico.

La campaña también trata de alertar a los jóvenes viajeros, que, quizá porque carecen de información o porque no tienen suficiente conciencia del riesgo que corren, pueden pensar que en otros países las leyes son más tolerantes con el consumo o el tráfico de drogas, incluso de pequeñas cantidades, que en nuestro país.

«En España se distingue entre el consumo y tráfico de drogas, pero en otros muchos países no se hace esta distinción y ambas prácticas de penalizan con cárcel», ha subrayado el delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

PAÍSES EUROPEOS CON MÁS DETENIDOS

En Europa están detenidos 581 personas por delitos de drogas, lo que representa el 29% del total de ciuda-

"Si llevas Droga encima"



...en el avión te cocinan langosta y el comandante te deja pilotar."

Sólo nosotros conseguiremos que este sea el viaje de tu vida. Nuestro sueño es cumplir el...

Te garantizamos que nunca te arrepentirás. Vuela alto y disfruta...

Esperamos...

SI TE HAS CREÍDO QUE PASAR DROGA ES LA SOLUCIÓN A TUS PROBLEMAS, TE PUEDES CREER TODO LO DEMÁS.

programapresos@fundacionideas.es
www.institutoramonrubial.fundacionideas.es
+34 915 44 4049

fundación ideas
Instituto Ramón Rubial

FINANCIADO POR:



EN COLABORACIÓN CON:



danos españoles condenados o pendientes de juicio por delitos relacionados con drogas.

Italia, con 191, encabeza el ranking de países europeos con más españoles detenidos por drogas. Le siguen Portugal (133) y Francia (114). Pero también hay ciudadanos españoles detenidos por delitos relacionados con el consumo o tráfico de drogas en los siguientes países europeos: Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre, Finlandia, Grecia, Irlanda, Lituania, Malta, Noruega, Holanda, Polonia, Reino Unido, República Checa, Rumania y Suecia.

PROGRAMA «PRESOS ESPAÑOLES EN EL EXTERIOR»

El Instituto «Ramón Rubial» de la Fundación Ideas es una entidad que lleva más de 20 años trabajando en la atención a los ciudadanos españoles en el exterior. Desde 2010 también trabaja con los ciudadanos de origen extranjero que residen en España. En 1998 puso en marcha el programa «Presos españoles en el exterior», para dar respuesta a la demanda creciente de asistencia a españoles en prisiones extranjeras.



PELÍCULAS RECOMENDADAS EN DVD

Por Esther Blas Vicente

Las películas que recomendamos en esta ocasión versan sobre situaciones y sobre todo sobre personas envueltos en relaciones de soledad pero fundamentalmente de amistad. La argentina **UN CUENTO CHINO** de Sebastian Borenstein y la danesa **ITALIANO PARA PRINCIPIANTES** dirigida por Lone Scherfig son dos historias amables donde personajes solitarios acaban unidos por lazos de amistad que les supondrán cambios importantes en sus vidas. La tercera película **EN LA CIUDAD** de Cesc Gay nos ofrece una visión de la amistad completamente diferente. Aquí los personajes, que son amigos, sin embargo viven en soledad.

UN CUENTO CHINO



Dirección: Sebastián Borensztein.
País: Argentina. **Año:** 2011.
Duración: 93 min.
Interpretación: Ricardo Darín, Ignacio Huang, Muriel Santa Ana, Iván Romanelli, Vivian Jaber.
Guión: Sebastián Borensztein.

Roberto, un hombre marcado por un duro revés que arruinó y paralizó su vida hace más de veinte años, vive atrincherado frente al mundo y en completa soledad. Sin embargo, un día, un extraño acontecimiento logra sacarlo de su aislamiento y ponerlo de nuevo en contacto con la realidad.

ITALIANO PARA PRINCIPANTES



Dirección: Lone Scherfig.
País: Dinamarca. **Año:** 2000.
Duración: 94 min.
Interpretación: Anders W. Berthelsen, Anette Støvelbæk, Ann Eleonora Jørgensen, Peter Gantzler.
Guión: Lone Scherfig.

Un curso de italiano une a seis daneses que tienen problemas sentimentales y de comunicación. Andreas, un joven sacerdote, es enviado a la parroquia de un pequeño barrio de Copenhague para reemplazar a Wredmann, un cura que vive enfrentado con sus feligreses y que no le pondrá las cosas fáciles. Provisionalmente se aloja en un hotel, donde conoce a Jorgen, un tímido conserje. Para aprovechar las noches, Andreas se apunta a un curso nocturno de italiano. Allí conoce a Olympia, una ayudante de pastelería, y a su amiga Karen, que es peluquera. El ambiente latino de las clases, favorecido por la presencia de la italiana Giulia, empieza a producir sus efectos, y los enredos pasionales se suceden.

EN LA CIUDAD



Dirección: Cesc Gay.
País: España. **Año:** 2003.
Duración: 110 min.
Interpretación: Mónica López, Eduard Fernández, María Pujalte, Alex Brendemühl, Vicenta Ndongó.
Guión: Cesc Gay y Tomás Aragay.

Es la historia de un grupo de amigos en Barcelona, un conjunto de personajes propios de la gran ciudad. Historias cómicas y dramáticas sobre sus relaciones, sus valores, infidelidades, mentiras y deseos secretos. Como buenos amigos, se ven casi a diario. Pero detrás de esa fachada de cotidianidad siguen manteniendo parte de sus vidas ocultas. Sólo los espectadores serán testigos de todo.



LIBROS RECOMENDADOS

Por Jorge Gracia

Drogas emergentes. Informe número 6



COMITE DE REDACCIÓN:

Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Manuel Sanchís Fortea
 Julia González Alonso
 Elena Álvarez Martín
 Carlos Álvarez Vara
 Julio Bobes García
 Begoña Brime Beteta
 Exuperio Díez Tejedor
 Magí Farré Albaladejo
 Juan Flores Cid
 Aurelio Luna Maldonado
 Amparo Sánchez Máñez
 Rosario Sendino Gómez
 Marta Torrens Melich

La Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas analizan los diversos y variados efectos de las denominadas «drogas emergentes», término éste con el que se pretende englobar otras denominaciones como «drogas de síntesis», «drogas de diseño» o «drogas recreativas» de uso común pero significado confuso y poco preciso. Las drogas emergentes constituyen un conjunto de sustancias sintetizadas de forma clandestina, con el propósito de producir, mediante variaciones en la estructura química, efectos similares o más potentes que los de las drogas clásicas y eludir el control normativo al que estas últimas están sometidas. Estas drogas aparecen, reaparecen o emergen en el mercado y en los medios de comunicación social con periodicidad recurrente.

El número de estas sustancias es elevado y está en continuo aumento. La Unión Europea informó de la aparición de aproximadamente 40 nuevas sustancias en 2010, entre las que se

incluyen desde plantas y hongos hasta vitaminas, minerales, fármacos de uso legal o sus copias y sustancias químicas no autorizadas con múltiples formatos de comercialización y consumo (píldoras, extractos de plantas, hongos frescos o secos, jabones, abonos vegetales, infusiones, inhalantes, etc.). Existe una inmensa cantidad de información en la red sobre la obtención, síntesis, identificación, consumo, efectos y comercialización de este tipo de sustancias. Se trata de una información pseudo-científica que no está verificada ni contrastada y que, con frecuencia, se utiliza como justificación para la promoción del uso de estas sustancias desde muchas páginas web. De ahí que las nuevas pautas de consumo y su evolución escapen en gran medida a los mecanismos de control y seguimiento de los Estados. La naturaleza virtual y la globalidad de Internet, la dificultad de aplicar medidas restrictivas legales, y su relativo anonimato y rapidez, favorecen su comercio y distribución.



JORNADAS, CURSOS Y SEMINARIOS



■ EL TRABAJO CON FAMILIAS VULNERABLES Y ADOLESCENTES CON CONSUMOS DE DROGAS

Organiza: Instituto Deusto de Drogodependencias.

Fecha: 13 y 14 de septiembre de 2012.

Lugar: Universidad de Deusto. Bilbao.

Más información: <http://www.idd.deusto.es>



■ XVI CONGRESO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA

Organiza: Sociedad Española de Psiquiatría.

Lugar: Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna. Bilbao.

Fecha: Del 25 al 28 de septiembre de 2012.

E-mail:

secretaria.cientifica@psiquiatriabilbao2012.org

Más información:

<http://www.psiquiatriabilbao2012.org>



■ I FORUM GETEM

Organiza: Grupo Español de Trabajo en Entrevista Motivacional.

Lugar: Hotel Husa Imperial Tarraco. Tarragona.

Fecha: 5 y 6 de octubre de 2012.

E-mail: getem08@gmail.com

Más información: www.getem.org

■ XIV JORNADAS NACIONALES DE PATOLOGÍA DUAL

Organiza: Sociedad Española de Patología Dual-Sepd.

Lugar: Palacio de Congresos. Madrid.

Fecha: Del 25 al 27 de octubre de 2012.

E-mail: jornadas@patologiadual.es

Página web:

<http://www.patologiadual.es/jornadas2012/index.htm>



■ SEGURIDAD, DEMOCRACIA Y CIUDADES: EL FUTURO DE LA PREVENCIÓN

Organiza: Foro Europeo para la Seguridad Urbana.

Lugar: París, Francia.

Fecha: Del 12 al 14 de diciembre de 2012.

Más información:

<http://efus.eu/es/2012-conference/>



■ 11 EDICIÓN-MASTER EN PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS

Organiza: Departament de Medicina Preventiva i Salut Pública, Ciències de l'Alimentació, Toxicologia i Medicina Legal.

Lugar: Aula Virtual de ADEIT.

Fecha: Del 17 de enero al 15 de diciembre de 2013.

E-mail: información@adeit.uv.es

Más información:

<http://www.adeit.uv.es/adicciones11>



DIRECCIONES DE INTERÉS



Confederación de Entidades para la Atención a las Adicciones.

Asura, 90. C.P. 28043 Madrid

Secretaría Técnica:

Avda. Madariaga, 63. 48014 Bilbao. 94 447 10 33

■ ARAGÓN

Fundación Centro de Solidaridad
Manuela Sancho, 3-9. 50002 Zaragoza. 976 200 216

Fundación Centro de Solidaridad Interdiocesano
Sancho Abarca, 18. 22001 Huesca. 974 245 200

Centro de Solidaridad de Teruel
Hartzenbusch, 9. 44001 Teruel. 978 603 704
info@centrodesolidaridaddeteruel.es / www.centrodesolidaridaddeteruel.es

■ CASTILLA Y LEÓN

Programa de Drogodependencias-Cáritas Diocesana
C.º Viejo de Villaralbo, s/n. 49001 Zamora. 980 511 870

■ CATALUÑA

Centre Català de Solidaritat
Banys Nous, 16-2.º. 08002 Barcelona. 93 317 74 38

■ EXTREMADURA

Proyecto Vida
Bravo Murillo, 40 A. 06001 Badajoz. 924 222 150

■ PAÍS VASCO

Fundación Jeiki
San Ignacio de Loyola, 2. 01001 Vitoria-Gasteiz. 945 143 720

Fundación Gizakia
Avda. Madariaga, 63. 48014 Bilbao. 944 471 033

Fundación Izan
Calzada Vieja de Ategorrieta, 87. 20013 Donosti-San Sebastián. 943 273 900

■ VALENCIA

Fundación Arzobispo Miguel Roca
Padre Esteban Pernet, 1. 46014 Valencia. 963 597 777

■ PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Recoletos, 22. 28001 Madrid



La CONFEDERACIÓN en UN CLIC

www.atencionadicciones.es

Para saber todo lo que pasa en nuestra Confederación
y mucho más, entra ya en nuestra página web



**Confederación de
Entidades para la Atención
a las Adicciones**

Esta publicación ha sido financiada por:

