

# CONPHEDERACIÓN

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

Nº6  
Junio 2008

## En Profundidad

**Teresa Laespada**

Directora del Instituto Deusto de  
Drogodependencias

## Noticias

**III Certamen de Fotografía  
Conphederación**

**Presentación memoria de la  
Conphederación**

## A 3 Bandas

**Centro de Solidaridad - Zaragoza,  
P. H. - Zamora y  
Centro FADAIS- Sevilla**



Confederación de  
Entidades para la Atención  
a las Adicciones



## EDITORIAL

3. *Por Ángela Carmona Méndez*

## ARTÍCULO

4. El impacto de las nuevas tecnologías en la prevención de las drogodependencias.

*Por Xus Mollá Miret*

## EN PROFUNDIDAD

7. Teresa Laespada. Directora del Instituto Deusto de Drogodependencia.

*Por José Carlos Aguelo Arguis*

## ARTÍCULO

15. Trabajo con perros guía

## A 3 BANDAS

18. *C. S. Zaragoza, P. H. Zamora y Centro FADAIS Sevilla*, nos presentan la comunicaciones que presentaron en el encuentro de Zaragoza del mes de junio.

## ... Y ADEMÁS

- 10. Noticias ConPhederación
- 12. ¿Como prevenir el consumo de drogas de nuestros hijos?
- 14. Novedades DVD
- 22. Cursos, Jornadas y Seminarios.
- 23. Direcciones de Interés

### Presidente CEPPPH

Fernando Huarte Oroz

### Director Revista

José Carlos Aguelo

### Redacción

Estibaliz Barrón,  
Izaskum Sasieta,  
José Antonio Gimeno,  
Luis Roche,  
Frederic Bayer,  
María León,  
M<sup>a</sup> Pilar Polo  
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 nº

Jorge Gracia, Esther Blas

### Fotografía Portada

José Carlos Aguelo

### Diseño y Realización

Contexto Gráfico

### Redacción y administración

C/ Conde de Aranda, 68, 1<sup>o</sup>  
50003 Zaragoza

### Depósito Legal

Z-3281-2007



## ***¿QUÉ ES LA PATOLOGÍA DUAL? ¿CÓMO SE TRABAJA CON PACIENTES DUALES DESDE PROYECTO VIDA?***

Desde hace unos años se observa un creciente interés por el estudio de las manifestaciones psicopatológicas coexistentes con el consumo de sustancias psicoactivas justificado por la alta prevalencia con que aparecen en la población general, así como por la influencia que pueden ejercer en la evolución y el pronóstico tanto del trastorno adictivo como del trastorno mental.

En psiquiatría, la coexistencia de un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas con otros diagnósticos psiquiátricos se conoce como “patología dual”.

Considerando esta realidad imperante, en la Comunidad Terapéutica que Proyecto Vida tiene en Badajoz, se viene realizando el seguimiento integrado de pacientes con patología dual a través del “Programa Antares”, que comenzó su andadura en el año 2003.

El objetivo fundamental de dicho programa es la integración y coordinación de las distintas herramientas terapéuticas, rehabilitadoras y facilitadoras de la adaptación social existentes en la red sanitaria pública de la comunidad autónoma extremeña, con el fin de asegurar una estabilidad mantenida de la persona que padece una patología dual.

Los pacientes atendidos a través del Programa Antares están incluidos en la Comunidad Terapéutica Urbana, (se reservan 5 plazas dentro de la comunidad para este tipo de pacientes), participando de las normas de funcionamiento comunes y de los abordajes terapéuticos del grupo comunitario.

De forma más específica, se han estructurado abordajes individuales, grupales y familiares que tienen como orientación favorecer el soporte emocional y fomentar el desarrollo de una conciencia de enfermedad que ayude al paciente a su propio reconocimiento, reducción de los síntomas y aceptación de los tratamientos que tuviera que llevar a cabo.

La incorporación de los familiares permite alcanzar una mayor implicación en el seguimiento terapéutico, analizar las emociones expresadas, esclarecer y fomentar la utilización de los recursos de la red de salud mental, que ayuden a la familia a la resolución de problemas puntuales.

Consideramos esencial evitar el aislamiento social y estigmatización que puede suponer la existencia de dos problemáticas graves asociadas: el trastorno psiquiátrico y el trastorno adictivo.

Las consecuencias de la coexistencia de un trastorno psiquiátrico y el trastorno por dependencia de drogas se caracterizan por un mayor número de hospitalizaciones, mayor solicitud de servicios de urgencias, mayor inestabilidad familiar y marginación social, mayor presencia de conducta violenta o ilegal, ideación o conducta suicida, menor cumplimentación de la medicación, peor respuesta al tratamiento y mayores dificultades de acceso a la red asistencial.

Todos estos datos remarcan la necesidad de considerar el tratamiento integral de la Patología Dual para evitar una cronificación o desestabilizaciones graves continuas de las personas que la padecen.



# EL IMPACTO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS

*Xus Mollá Miret*

**Responsable Área de Prevención Fundación Arzobispo Miguel Roca. PH- Valencia.**



Si el siglo XX se caracterizó por ser una época de avances sociales y tecnológicos que modificaron la calidad de vida de las personas; el siglo XXI se caracteriza por la revolución de las tecnologías de la información y de la comunicación. La revolución de la información mediante la informática está transformando nuestra vida cotidiana, nuestras costumbres y tradiciones. Reorganizamos nuestro estilo de vida, trabajo, tiempo libre y hasta el ocio.

La sociedad postmoderna ha asumido que todas las actividades giren entorno al desarrollo de las nuevas tecnologías, al mismo tiempo la tecnología ha pasado a convertirse en un bien de consumo, en una fuente de riqueza y en una manera de organización.

Todos estos avances han facilitado la globalización, ya no existen barreras, ni fronteras y estamos interconectados con dos ordenadores desde China hasta España a través de una simple conexión telefónica. Miles de ordenadores dispersos por todo el mundo a través de líneas telefónicas configuran el Ciberespacio o Red de Internet. Ya no existen diferencias entre las lenguas, existe un lenguaje universal: Internet.

Los beneficios del desarrollo tecnológico e informático en el campo de las drogodependencias son evidentes, sin embargo queda todavía mucho por descubrir ya que estamos en el principio de la era de las telecomunicaciones.

En el mundo laboral los ordenadores han ido implementándose hasta jugar un papel determinante. En la praxis clínica cada

vez disponemos de más instrumentos diseñados para ser aplicados a nivel tecnológico e informático. Los ordenadores son contenedores infinitos de información, procesan información digital, textos, fuentes bibliográficas, bases de datos, ediciones de presentaciones multimedia, herramientas de análisis estadístico de datos. La influencia de la tecnología en el contexto laboral permite el desarrollo de nuevas técnicas y mejora la calidad de atención al paciente. Estamos todavía pendientes del impacto que desde la informática va a tener el acceso a las autopistas de la información.

En el ámbito de la atención y prevención de las drogodependencias, Internet supone un gran avance, ya que facilita, por un lado, el intercambio del conocimiento y la experiencia entre profesionales y, por otro, la implantación de programas preventivos on-line destinados a la sociedad en general. Internet sirve de medio para el desarrollo de programas preventivos y también se utiliza como herramienta de apoyo al servicio de los profesores dentro del marco educativo y a los padres en el sistema familiar. Campañas de sensibilización y concienciación permanecen en Internet el tiempo necesario para ser visitadas por más personas, por lo tanto el alcance de este medio se presupone mayor al de la TV. Los programas de prevención con formato de página web aportan información, datos, pautas de actuación, etc. introduciendo una serie de ventajas frente al formato tradicional:

- Información ilimitada por el soporte en el que se presenta
- Selección de los datos según los intereses del usuario
- Disponibilidad inmediata y permanente
- Comodidad y servicio a domicilio, menor esfuerzo
- Medio interactivo de comunicación
- Canal de comunicación que utilizan los jóvenes

Además, Internet es una herramienta útil de soporte a los programas que se desarrollan en la escuela. El profesor puede utilizar un programa concreto dentro del aula y apoyarse en tareas que el alumno lleva a cabo mediante la versión del programa en Internet, con o sin supervisión parental, desde casa o desde el aula de informática del propio centro escolar. También se pueden hacer foros de debate y encuentros entre familia y escuela, transmisión de opiniones, dudas, intercambio de cuestionarios u otros materiales.

Al tener en cuenta estos avances, es necesario reflexionar sobre las repercusiones que la utilización masiva y generaliza-

da de Internet puede tener sobre la ayuda a las personas con problemas derivados del uso/abuso de drogas

## Beneficios de uso de Internet en la atención – prevención de las drogodependencias

### Mejor información y documentación

Las posibilidades son enormes. El acceso a cientos de documentos, imágenes, revistas, publicaciones e investigaciones relacionadas con las drogodependencias permite a cualquier persona estar al día sobre la materia. Desde saber qué es una determinada sustancia, qué es la adicción, síntomas, etc. hasta el tipo de tratamiento más próximo al hogar.

La accesibilidad a las bases de datos permite profundizar en cualquier tema que tengamos interés: consumidores, familiares, profesionales. Los agentes implicados en el tratamiento y la prevención cada vez disponemos de más canales para informar sobre cómo y dónde estamos interviniendo.

Los beneficios derivados de la información también van a repercutir sobre la manera en que tenemos de asistir a los demandantes de ayuda. Los pacientes y sus familias cada vez disponen de más y mejor información sobre lo que les está pasando, y nosotros, vamos a formar parte de las alternativas terapéuticas a las cuales van a acceder.

Por ello, como profesionales debemos estar al día para hacer frente a los nuevos consumidores cada vez más informados. La mayor información de que dispone la sociedad debiera reducir los costes de ofrecer la misma, al tiempo que acelera el proceso de obtención de información y documentación. El acceso on-line a la información sobre temas de salud permite que transmitamos nuestras investigaciones y facilita el progreso de nuestro ámbito de actuación.

### Conexión con grupos de apoyo y autoayuda

Las ventajas del trabajo en grupo en el campo de las drogodependencias son evidentes. La Red amplía la gama de posibilidades: el conocer los recursos específicos para su adicción, la posibilidad de intercambio de información sobre una situación determinada y la mejora de la sensación de estar solo que la adicción le produce. Estar en contacto con numerosas personas con las mismas inquietudes y necesidades, sumado a la imposibilidad física de desplazamiento a los núcleos urbanos, el anonimato facilita la comunicación en personas que tienen escasas habilidades sociales, estos son argumentos que hacen de Internet un canal seductor para la incorporación a un grupo mediante esta vía.

### Apoyo profesional on-line 24 horas al día, 365 días al año

Internet es un local abierto las 24 horas del día, no permanece cerrado, puedo acceder desde cualquier lugar del mundo, estoy en contacto permanente con los profesionales y con el resto de los dispositivos asistenciales. Entro en contacto con



grupos que son capaces de resolver situaciones de crisis o urgencia si estoy lejos de un hospital, o si no dispongo de recursos económicos puedo consultar direcciones donde la atención es gratuita.

### Facilidad y colaboración interprofesionales

El nuevo canal de comunicación entre profesionales facilita el intercambio de información. Además de los mensajes, podemos enviar imágenes, textos, referencias bibliográficas, historias clínicas, supervisar casos, etc.

Los programas de intercambio de información (correo, programas de telefonía, videoconferencia, Messenger...) son sencillos de instalar y de utilizar. Tienen un coste muy bajo y son altamente rápidos.

## Perjuicios del uso de Internet en la atención – prevención de las drogodependencias

### Autotratamiento

La existencia de gran cantidad de información no va unida a la calidad de la misma. Si a esto sumamos la vulnerabilidad del interesado, podemos encontrar casos de automedicación, con todos los riesgos que esto supone para la salud y con el incremento de la probabilidad de fracaso ante el intento de autotratamiento y la consecuente atribución externa frente a la adicción, unida a sensación de indefensión junto con los factores personales, familiares y sociales, que agravan la situación inicial de búsqueda de ayuda.

El riesgo de autotratarse tiene especial relevancia en los casos de patología dual. Estas personas pueden mostrar cierta reticencia al contacto con los profesionales y la red puede servir como una manera de pasar desapercibido, al permitir mi anonimato y la confidencialidad de los datos. Todo esto, unido a los efectos indeseables de determinados fármacos administrados sin seguimiento médico, agrava la situación de dependencia y potencian la adicción a determinados psicofármacos.

## Alteración en la relación terapéutica

La llegada de Internet ha colaborado a que la típica relación médico-profesional – enfermo-paciente se vea modificada. Cada vez más personas tienen acceso a más cantidad de información (adicciones, tratamientos, etc). lo que les convierte en clientes exigentes y críticos.

Los profesionales de la salud debemos prepararnos para estos cambios en los perfiles de pacientes que atendemos. Se trata de *consumidores más activos y autónomos* en la relación que van a establecer con nosotros.

Por otro lado, los nuevos canales de comunicación (correo electrónico) facilitan un tratamiento menos personal y directo. Corremos el riesgo de dejar de lado la relación privilegiada y humana que establecemos con nuestros pacientes. Los pacientes pueden incluso aislarse más y ver la adicción únicamente desde el punto bio, sin tener en cuenta el aspecto psico-social. Si dejamos de lado el aspecto relacional, cuestiones que forman parte de la motivación al cambio, como la empatía o el rapport, no serán tenidos en cuenta en el proceso de deshabituación.

## Mala información, intrusismo y publicidad engañosa

La posibilidad de colgar en Internet cualquier información, sin necesidad de ser contrastada o validada, hace que los datos que consultamos en ocasiones no sean fiables, apareciendo así el intrusismo, la picaresca y el fraude. Al acceder a información específica que no es filtrada entramos en un terreno ciertamente pantanoso en cuanto a la ética y profesionalidad se refiere. Cualquier persona puede convertir sus opiniones en planteamientos pseudocientíficos en cualquier Web, sin rigor y sin necesidad de estar previamente formado o tener praxis clínica.

Abrimos de este modo el abanico a la participación de las sectas en la captación de personas necesitadas de ayuda, lo cual agrava todavía más la situación de personas que están sufriendo y aceptan cualquier tipo de ayuda.

## Sobreinformación. Dispersión. Fomento del consumo

La excesiva información sobre las sustancias, cómo se obtienen, su distribución, su dispensación, etc. permiten la utilización de la red como canal de comercialización virtual de sustancias psicoactivas. No es de extrañar la existencia de páginas Web donde se hace apología del consumo controlado, el autocultivo, la fabricación en casa de tus propias sustancias, obteniendo de este modo toda la información necesaria para convertirte en un auténtico narcotraficante a pequeña escala. Desde los componentes necesarios para realizar las síntesis químicas, hasta los países distribuidores de la materia prima, pasando por los precios de mercado. Estas páginas están en el lado opuesto de las que ofrecen información responsable y de vigilancia de la salud. Esta disonancia informativa hace que cualquier persona lega en la materia se confunda, disperse y queda sobresaturada de conceptos, bloqueando e incapacitando su toma de decisiones.

Esta saturación de información tiene un efecto negativo sobre la salud de las personas más vulnerables, al facilitar la

sensación de inseguridad e impedir entrar en contacto con el consejo terapéutico de los profesionales o los mensajes preventivos que desde las campañas de salud pública se vienen realizando, ya que las informaciones que se obtienen en Internet no siempre van a coincidir con mensajes de las autoridades sanitarias.

## Riesgo de Adicción a Internet

La utilización excesiva de la Red puede crear conductas de dependencia a Internet, caracterizándose por el exceso de tiempo que una dedica a esta conducta y por la cantidad de actividades, ocupaciones y relaciones que uno deja de lado cuando está conectado a la Red.

## Conclusiones

En la actualidad, gracias a las ventajas que nos posibilita la era de la informática y las telecomunicaciones estamos más y mejor informados, en contacto permanente con el resto de profesionales de uno y otro lado del planeta. La red nos sirve de escaparate para intercambiar con el mundo los conocimientos en relación con la información de tratamientos y prevención en materia de adicciones. Desde la herramienta de Internet podemos empezar a diseñar Programas de prevención a la carta, estando disponibles, en cualquier lugar, a cada momento y en tiempo real, a las necesidades de cada uno de los actores que intervienen en el proceso: jóvenes, padres, profesores, etc.

La implantación de Internet supone un gran avance y progreso en relación con las innumerables ventajas en cuanto a la implicación en el campo de la salud comunitaria. No sabemos hasta qué punto esto afectará en el futuro al modo de relacionarnos de los distintos sectores que nos vemos implicados, si es cierto que estos cambios se están empezando a gestar, por lo que los profesionales debemos ser sensibles y estar preparados para nuevos desafíos. Adecuando nuestros servicios a las posibilidades actuales de comunicación daremos un gran paso.

Es cierto que existen riesgos y aspectos negativos, como ya hemos mencionado, pero la utilización racional de Internet hace que aumenten considerablemente los beneficios del uso y acceso a la información sobre la salud de la población en general en materia de adicciones. Padres, profesores, jóvenes... asociaciones, entidades y organizaciones de profesionales... es hora de compartir experiencias, sentimos más cerca y comprendidos.

Todos los profesionales que trabajamos en el campo de las drogodependencias debemos apostar sin temor por los nuevos tiempos que vivimos, esta es la nueva manera que tenemos de comunicar, de este modo estaremos más próximos a los destinatarios de nuestras acciones. La relación interpersonal y las competencias profesionales han de sumarse a las nuevas tecnologías, no debemos renunciar a las posibilidades de los recursos de los que disponemos actualmente. Vivimos un momento histórico y en el campo de tratamiento y prevención de drogodependencias tenemos mucho que aportar. Estamos en la era de la información y la comunicación, en esta revolución debemos aportar nuestro granito de arena.



# TERESA LAESPADA

Por José Carlos Aguelo

*Maria Teresa Laespada es la Directora del Instituto Deusto de Drogodependencia. El instituto nace en 1.989 dentro de la Universidad por el interés de la misma y de algunos profesores que veían la necesidad de formar profesionales dentro del ámbito de las drogodependencias.*

## ¿Desde cuando se encuentra dirigiendo el instituto Deusto de drogodependencia?

La fecha oficial del nombramiento es 1 de octubre de 2007.

## Te encuentras con un instituto muy consolidado dentro del mundo de las drogodependencias. ¿Ha sido difícil asumir la dirección?

No en absoluto. Pertenezco al instituto casi desde sus inicios, entré a formar parte cuando se incorporó la investigación en el año 93. Desde ese momento formo parte de ese proyecto, por lo tanto no me ha costado mucho asumir la dirección, pues la única diferencia que ahora me ha tocado asumir la parte de gestión era lo único que yo no hacía .

## Revisando sus publicaciones en todos estos años vemos que la mayoría giran entorno a los jóvenes y adolescentes. ¿Preocupa especialmente?

Es una preocupación personal desde los inicios el saber porqué hemos hecho que la sociedad entienda que los usos de sustancia están introducidos en los mecanismos de socialización de los adolescentes. Me preocupa que la sociedad haya permitido que las sustancias se hayan introducido dentro de estos mecanismo evolutivos del adolescente y no se haya intentado evitar. Esto si que me preocupa.

## También es una preocupación del Instituto?

Si por supuesto, pero el instituto también tiene abiertas otras vías de investigación

El año pasado se presentó un informe sobre Adolescentes frente al alcohol y pudimos leer algún titular en el que Ud. afirmaba que los adolescentes de hoy son hijos de bebedores en la calle.

Bueno la verdad es que la frase está sacada de contexto y lo que yo decía es que este consumo no es nuevo, el consumo de alcohol en la calle de

## “Me preocupa que la sociedad haya permitido que las sustancias se hayan introducido dentro de estos mecanismos evolutivos del adolescente”

manera compulsiva comienza hacia los años 80 hasta el año 2000 . A nadie le preocupaba el consumo de alcohol porque parecía que era mejor consumir alcohol que no otro tipo de sustancias. Cuando en el año 2000 se disparan las alarmas , lo único que yo digo que este fenómeno no es nuevo, no se ha inventado ahora, no se les ha ocurrido a ellos, son hijos/as de quienes en el año 80 ya empezaron a beber en la calle. Han pasado 28 años por lo tanto y los consumidores de ahora son hijos de los fundadores del ocio en el espacio de la calle y en la hostelería. La mayoría de nuestros hijos/as desde recién nacidos han salido con sus padres a los bares, han jugado en la calle mientras sus mayores estaban tomándose unas cervezas. Por lo tanto es muy complicado que esos niños/as cuando llegan a una

determinada edad les digas que no deben beber , cuando él ha visto todo lo contrario. Eso en concreto es lo que yo quería decir con aquella frase.

## ¿El fenómeno botellón va para largo?

Yo creo que si, pero no olvidemos que no es sólo el consumo de alcohol. Es un fenómeno que tiene su riqueza social, el consumo de alcohol es una parte del botellón pero hay otras dos terceras partes que son otras cosas; la relación entre ellos, la capacidad de gestionarse entre iguales, la gestión de los riesgos y límites. El alcohol viene a cumplir una serie de funciones que ellos necesitan cumplir, es la lucha contra la norma que les prohíbe beber hasta los 18 años y esa es la barrera que deben saltarse... por lo tanto cumple una función para ellos, por todo esto creo que tendremos botellón para años.

## ¿Para muchos jóvenes y adolescente no hay ocio sin alcohol?

Si, la verdad es que es una realidad. Tenemos que tener en cuenta que muchos de nuestros adolescentes se inician en el consumo de alcohol cuando salen solo con sus amigos sin el control paterno, el alcohol les permite desinhibirse, les permite achacar al consumo de alcohol muchas situaciones que sin consumo seguramente no harían, y que además les vale de excusa, a veces no están tan bebidos como dicen y al día siguiente dicen actuaron de una forma concreta por estar bebido

## En algunas ciudades para solucionar el botellón desde los ayunta-



### **miento han puesto en marcha actividades de ocio nocturno y se han encontrado que no se ha frenado el botellón...**

Pero eso está claro, no se va a la raíz del problema. Tendríamos que hacernos varias preguntas; ¿un menor debe de beber alcohol en la calle?, ¿debemos de permitirlo como sociedad?, ¿nuestra misión no debería de ser que no beban?. Todo esto hay que abordarlo desde la educación y desde la familia. Es muy importante que como sociedad le demos la vuelta a este buque que hemos construido entre todos y que debe de cambiar su rumbo. El cambio lo tenemos que hacer llegando a consensos sociales donde todos, sin exclusiones, nos pongamos de acuerdo. Pero en realidad es un problema que le importa a pocas personas, somos los profesionales y algunos padres los que nos preocupamos de que los chavales no beban en la calle. Pero existe una mayoría que cree que no pasa nada porqué beban y esto hace que sea muy difícil poner pautas de contención, que no significa prohibirles el consumo, significa el que hay que educarles en que la bebida tiene un riesgo, que no deben asumir ese riesgo hasta tener una determinada edad. Hay que conseguir explicarles que la borrachera no es el mecanismo para pasárselo bien, y esto hoy por hoy lo veo muy complicado. Es muy difícil que unos padres puedan hacerlo solos, si no hay previo un proceso educativo en el que se les explique que no pasa nada por no consumir, donde se les de pautas de autocontrol.

### **¿El adolescente que orienta el ocio nocturno como su diversión tienen más posibilidades de tener problemas serios de consumo?**

No hagamos saltar las alarmas, creo que la mayoría de los consumos que hacen los adolescentes son experimentales, están jugando con ellos y con los años en la inmensa mayoría de los casos pasaran a una juventud razonablemente normal. Quienes se inician en el consumo y además tienen factores de riesgo como, familia con problemas, dificultades de

escolaridad y personales, estos tienen más probabilidades de tener problemas de consumos y dependencia del tipo que sea. Es decir solamente el consumo en si y la moda, no es suficiente para explicar que al final acaben siendo dependientes o consumidores. Se tienen que dar una serie de variables que haga que esto ocurra porque si no acabaríamos diciendo que todos los chavales que están bebiendo en la calle terminaran en un centro de tratamiento. Lo que si que nos dicen las investigaciones que a edad mas temprana en el inicio de consumo de sustancia, mas probabilidades hay de que acaben con situaciones problemáticas porque el desarrollo evolutivo todavía no está maduro y entonces van quedando como lagunas sin revolver en su proceso .

### **¿Cual sería el retrato robot de un adolescente de 2008?**

Yo creo que no hay un solo modelo de adolescente, hay muchos tipos de adolescentes. En general suelen ser adolescentes que están bastante bien integrados con su familia, tienen altos niveles de comprensión con sus padres. Cuando les preguntamos como se llevan con sus progenitores es abrumador el ver como la mayoría se lleva estupendamente con ellos.

### **¿Esto es una realidad?**

Es una realidad porque los padres ponen pocas dificultades, no hay espacio para la fricción. Si se asumen los horarios, la tenencia de móviles, play station, se ajustan a lo que se decide por un lado y por el otro, no hay lugar

para la discusión y el nivel de entendimiento es razonablemente bueno. Cuando les preguntamos por que discuten, curiosamente lo hacen por cuestiones domesticas, bajar la basura, poner la mesa, ordenar la habitación... No discuten por llegar tarde, ni por los estudios. Al final los padres mantienen el nivel de discusión en aquello que también a ellos les molesta, la basura o el cuarto desordenado. Con lo que se deduce que todo el mundo les comprende demasiado bien, yo creo que eso hace que estén demasiado mimados.

Continuando con el perfil decirte que suelen ir bien en los estudios, que no tienen problemas a la hora de relacionarse con sus amigos, no olvidemos que los adolescentes son muy gregarios y necesitan encontrarse muy bien con los amigos y eso lo manifiestan estupendamente. Ahí si que se nota mucha diferencia entre los que no salen y los que si salen. Los que no salen son los que hemos dado en llamar la sociedad los raros y son los que posteriormente tienen mas problemas para relacionarse con los demás.

### **Estos datos de los que nos habla se extraen de las encuestas. ¿Podemos fiarnos que sean reales?**

Las encuestas sobre drogodependencia tienen un handicap, estamos preguntando por un comportamiento que está prohibido, por lo tanto estamos preguntando por algo que no deberían de hacer, por lo que siempre jugamos con la baza que va haber un margen de "mentira", si es verdad que nos da la fiabilidad en la medida en el tiempo. Si vamos haciendo la medición cada dos o tres años la encuesta empieza a ser fiable. Si además mides muy bien el trabajo de campo, a quien le preguntas, de que manera seleccionas la muestra, en que media los estableces que esos resultados son extrapolables a tu población realmente las encuestas son muy fiables.

Otra cosa acertar cuando tienes que medir el consumo de alcohol, eso si resulta difícil, es mucho mas complicado que las drogas ilegales que tienen que contestar si consumen o no y cuanto. El alcohol es mucho más complejo, lo mezclan, lo comparten, la dosis es muy variable... pero como siempre se mide de igual manera el margen de error que vamos arrastrando siempre es el mismo. Cualquier



subida o bajada en la tendencia evolutiva nos marca si estamos mejor o peor. Por las encuestas podemos afirmar cual es el tanto % de los adolescentes bebe, evidentemente puede ser mayor, pues aunque garantizamos el anonimato de los encuestados, siempre pueden engañarnos.

Cuando hacemos un muestreo siempre hay previamente un proceso de limpieza. La ultima vez anulamos más de 40 encuestas al tener dudas que las respuestas eran reales. El 80% de la bondad de las encuestas depende del trabajo de campo que se haya hecho previamente, si este trabajo no está bien hecho la encuesta no saldrá bien.

### ¿Qué hemos hecho en este país para ser el primer consumidor de pastillas y coca del mundo?

No olvidemos que vivimos en un lugar rodeado de costa y esto ha servido para la entrada de mafias y de sustancias ilegales. Esto es una parte, también es verdad que hay una sociedad dispuesta a consumir, y esto hace que España no sea un lugar de paso de la drogas de paso a otras partes de Europa si no que bastante se queda aquí. Parte del problema es que vivimos en una sociedad que nos hemos enriquecido muy rápidamente, hemos dejado de ser un país dependiente y que exportaba emigrantes, a estar nuestra economía en los primeros lugares del mundo en los últimos 30 años y eso ha hecho crear muchos nuevos ricos. Es verdad que los sueldos son bajos, que la vida está cada vez más cara, que no llegamos para la vivienda, pero si podemos llegar a esas dosis de droga. El estado de

## “Si les preguntamos porqué discuten lo hacen por cuestiones domésticas, bajar la basura, poner la mesa... No discuten por llegar tarde ni por los estudios”

bienestar nos ha puesto unas condiciones muy buenas, no tenemos que gastar en sanidad, ni en educación, y esto nos ayuda a fomentar el ocio.

Los valores sociales mas tradicionales han caído, han surgido otros valores como el vivir el presente, disfrutar de la vida, el ocio en primer lugar... esto es lo que está cuajando en amplios sectores de nuestra sociedad.

### ¿La prevención es un arma fundamental para luchar contra todo esto?

Rotundamente si, otra cosa es que tendríamos que rehacer la prevención. Hay que enseñar a la gente a vivir con riesgos, que sepan donde están y cuales son los limites a la hora de enfrentarse a ellos. Hay que aumentar la percepción del riesgo, ha habido un paso muy rápido ante unas alarmas sociales por el consumo de la heroína y de pronto hemos bajado la guardia respecto a que una vez superado esa crisis de los 80 y 90 que fue la heroína, no pasa nada. Esas curvas tan fuertes no benefician, no permite ver la realidad y la verdad, no hace falta incrementar alarmar pero si ayu-

dar a que las personas sean lo más maduras posibles para enfrentarse a las situaciones.

La escuela tiene mucho que hacer, cada vez que surge un problema ideamos un plan de prevención específico para eso, Bowling, un plan de prevención, maltrato a las mujeres, un plan de prevención para educarles en genero, drogas, lo mismo. La solución pasa por poner en marcha un manual de buenas practicas donde conjugamos todas las situaciones que requieran un plan específico, comprobaremos como el 80 % de las líneas argumentales son las mismas para todos. Tendría que haber una asignatura en la que se educase desde pequeños a vivir en un mundo incierto, con dificultades, donde tendrán que optar, es necesario educarles a eso. Hoy en día, por ejemplo, Internet les ofrece todo. Nadie se ha planteado que en los curruculums escolares debe de existir un mecanismo de integración donde los niños vayan recibiendo una información desde el colegio y con lo padres. El conocimiento de ciencias es importantes, pero enseñarles a vivir es fundamental. Metamos una asignatura en la que podamos educarlos para la vida.

### ¿Que puede aportar el Instituto?

Pretendemos en primer lugar aportar conocimiento veraz a través de la investigación y de la formación, tenemos que ser capaces de generar conocimiento, marcar por donde creemos que se debe ir, en función de las investigaciones que llevamos a cabo y sobre todo darlo a la sociedad formación. Ahora hemos empezado con un plan para centros educativos con prevención selectiva, hay colegios que ya tienen problemas y no saben como gestionar las dificultades en las aulas o cuando les aparecen chavales con consumos en el aula escolar. Nuestra idea es poner en marcha un plan especial para profesores que suponga el darles ayuda y acompañarlos

### ¿Y las entidades sociales?

Es un pilar fundamental su papel, pero tienen que asociarse mejor para ser portavoces de una sociedad que tienen que decir. Nosotros nos nutrimos de entidades sociales sin ellas no sería posible mucho del trabajo que se está haciendo en la sociedad actualmente.





# NOTICIAS DE LA CONPHEDERACIÓN

## ■ III CERTAMEN FOTOGRÁFICO CONPHEDERACIÓN

Otro año más la Confederación de Entidades para la atención a las adicciones, pone en marcha el certamen de fotografía, que cada año se va consolidando como uno de los certámenes más importantes que se celebran en todo el estado español.

Este año el lema es “Que las drogas no decidan por ti”, nuevamente contamos con el Patrocinio del Plan Nacional sobre Drogas, colaboración para nosotros imprescindible en este tipo de iniciativas y que tienen como objetivo fundamental lanzar un mensaje positivo a la sociedad a través de las fotografías de los participantes

Este año queremos hacer hincapié en la Prevención y rechazo al consumo de drogas. También se pretende reflejar los esfuerzos solidarios de aquellos que trabajan en la rehabilitación y reinserción del drogodependiente.

En este Certamen pueden participar las personas que lo desee y resida en el territorio nacional español. Podrán enviarse hasta un máximo de 3 fotografías por concursante y deberán ir acompañadas de un breve texto

El Certamen tiene una dotación presupuestaria de 2000 € para el primer premio, 1000€ para el segundo premio y 600€ para el tercer premio.

Una vez entregados los premios se pondrá en marcha una exposición itinerante con una selección de las obras presentadas a este Certamen.

Las bases pueden consultarse en [www.confederacionph.com](http://www.confederacionph.com)



## ■ PRESENTACIÓN DE LA MEMORIA

El pasado día 25 de Junio, se presentó en Zaragoza la Memoria de actividades correspondiente al año 2007. El acto tuvo lugar en la sede de Ibercaja Zentrum, participando en el mismo, Marisa Borao, directora de Zentrum, Fernando Huarte, Presidente de la Confederación y Estíbaliz Barrón como portavoz.

Se destacó, que en una parte importante del colectivo de personas drogodependientes atendidas a lo largo del 2007, se detectó un número mayor de indicadores de exclusión social. La ausencia de domicilio fijo, de apoyo familiar, la presencia de enfermedades físicas o mentales, el desempleo y el envejecimiento progresivo de parte de las personas tóxicomanas complica en gran medida sus procesos de rehabilitación y exigen que se incremente el número de recursos de apoyo a tratamiento, tanto materiales como humanos. Se confirma la tendencia creciente de personas que demandan atención por consumo de cocaína como droga preferente y el aumento de personas atendidas por problemas con el alcohol.

Tras la presentación se abrió el turno a preguntas de los periodistas de los más de 20 medios de comunicación que asistieron a la rueda de prensa. Una vez finalizada la misma tuvo lugar la Asamblea de la Confederación, con la asistencia de Presidentes de Fundaciones y Directores de Programas.



## ■ JORNADAS DE PATOLOGÍA DUAL

Del 26 al 27 de junio la Confederación, con el Patrocinio de Ibercaja, puso en marcha en la sala Zentrum, de Zaragoza, unas Jornadas sobre Patología Dual que reunió a psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y educadores de todo el Estado Español que trabajan con pacientes que sufren esta patología. Las nuevas tipologías de consumo, las consecuencias añadidas y los distintos enfoques clínicos se trataron en este congreso.

El día 26 por la mañana la conferencia inaugural corrió a cargo de Psiquiatra Gabriel Rubio, Jefe de servicio de Salud del Distrito del Retiro de Madrid, que habló de Oportunidades y desafíos que provoca comorbilidad en los dispositivos de salud mental y en las propuestas de atención a drogodependientes. Seguidamente José María Civeira, Psiquiatra del Hospital Miguel Servet de Zaragoza y colaborador de la Fundación Centro de Solidaridad, habló de la influencia de la comorbilidad en el ámbito de los Centro Penitenciarios y de éstos en la patología dual de las personas afectadas. Finalizó la mañana con una mesa en la se habló de peculiaridades diagnósticas y evolutivas.

Por la tarde el protagonismo fue de los programas de la Confederación y el Centro Italiano de Solidaridad.

El día 27 comenzó la jornada con la exposición de 4 comunicaciones que presentaron Zaragoza, Badajoz, Zamora y Vitoria. Se finalizó con una mesa de debate en la que representantes de los diferentes programas daban respuestas a las preguntas que les lanzaba la moderadora de la mesa.

A lo largo de estos días se han percibido ciertas divergencias en lo relativo a políticas sociales, planificación de programas específicos, medios materiales, humanos y económicos, criterios metodológicos, instrumentos diagnósticos, etc. Por parte de las diversas CCAA presentes.

En todos los temas tratados, la individualización, adaptación, la adopción de una metodología eficaz, la denuncia de lagunas y vacíos institucionales, así como el respeto de los pacientes, se configura como una constante.



Se habla de las prisiones como los nuevos manicomios, del doble estigma de la enfermedad mental, unido al consumo de drogas y de cómo estos pacientes van a la deriva de recurso en recurso, en ocasiones “condenados” desde su ingreso en reforma a la prisión.

Por parte de la Confederación se valora la experiencia en el trabajo de años, pero también una deriva a una costumbre metodológica que precisa de innovaciones y apertura a nuevos espacios para estos pacientes que contemple programas de reducción de daños, adaptación, objetivos intermedios y en definitiva, un ajuste de nuestras aspiraciones a las posibilidades de esta población.

Como conclusión, ha resultado gratificante el buen nivel de participación, diversidad de enfoques, enriquecimiento, intercambio de puntos de vista y consideración por parte de las instituciones presentes con las que nos sentimos más cerca y copartícipes. Cabría pensar que todavía nos unen a ellas, ciertas relaciones personales, más que una política social o convenios reglados.

Una vez clausurada las jornadas se invitó a visitar la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre en Zaragoza finalizando con una comida en la Comunidad.

En la sección de A 3 Bandas os presentamos tres de las propuestas que pudimos escuchar en las Jornadas.



## ■ VISITA A LA EXPO 2008 DE ZARAGOZA

El día 25 de junio por la tarde tuvo lugar la visita a la Expo de Zaragoza para todos aquellos miembros de la Confederación que acudían a la Jornadas de Patología Dual. Pudimos pasear por algunos de los pabellones más emblemáticos de esta muestra, disfrutando de una tarde agradable, aunque calurosos y al llegar la noche en el recinto disfrutar de los espectáculos que jalonan sus escenarios



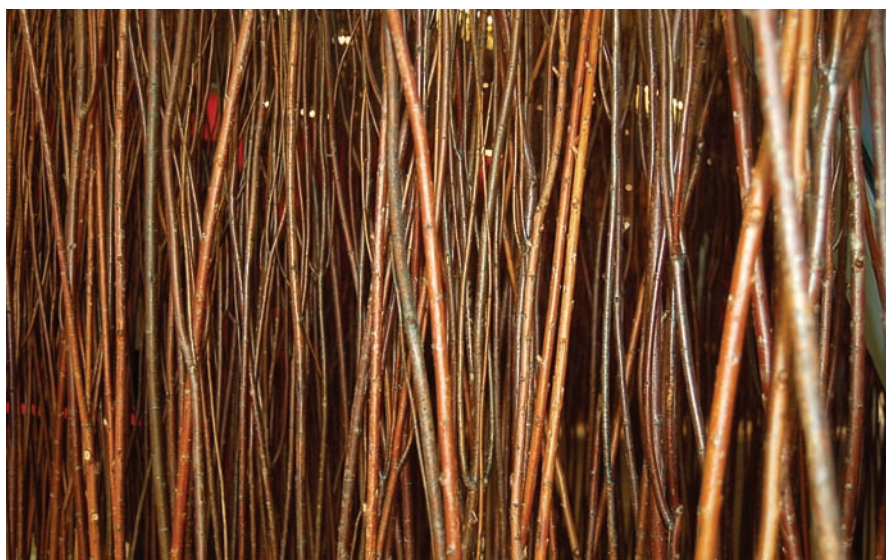
# ¿Cómo prevenir el consumo de drogas en nuestros hijos e hijas?

**En primer lugar, deberíamos distinguir entre un consumo experimental u ocasional de drogas y un consumo más habitual o problemático de las mismas.**

No podemos impedir que prueben ciertas sustancias, pero sí podemos prevenir dotándoles de aquellos recursos necesarios para que:

- No lo hagan precozmente.
- El probarlas no se constituya en un hábito ni en una actividad central en su vida.
- Si consumen drogas, lo hagan con el menor riesgo posible.

Para ello, no hay que centrar toda nuestra actuación en la droga, sino que habrá que desarrollar una serie de actuaciones educativas:



## QUÉ ES PREVENIR

- *Hablar con los hijos y con las hijas sobre las drogas.* De manera veraz y no dramatizadora, siendo coherentes con lo que decimos y hacemos.
- *Marcar normas y límites razonados,* ni excesivamente permisivos, ni excesivamente rígidos. Son necesarios como estructura y elemento de protección para los y las jóvenes.
- *Cuidar el aspecto afectivo.* El que los hijos e hijas sepan que estamos a su lado para recurrir a nosotros cuando lo crean necesario, constituye un elemento de seguridad necesario para su maduración.
- *Utilizar la negociación y la comunicación* en la resolución de conflictos familiares, entendiendo que los conflictos son algo normal en el crecimiento de los adolescentes.
- *Fomentar la responsabilidad, madurez y autonomía* de los jóvenes.

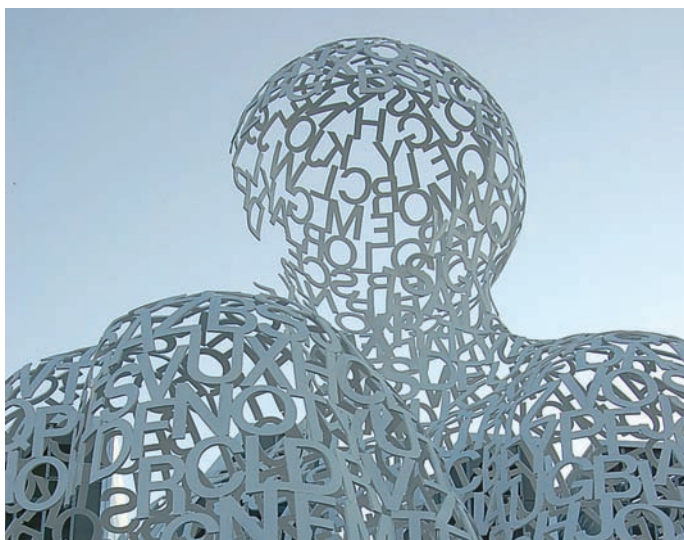
## QUÉ NO ES PREVENIR

- *Utilizar sólo el discurso moral* sobre las drogas. Esto puede provocar en el joven o la joven una reacción contraria a la que pretendemos.
- *Impedir-dificultar* que salga con los amigos y amigas para que no pruebe nada. Además de ser una medida insostenible en el tiempo, no hará más que provocar tensiones en la familia.
- *Utilizar métodos de control exhaustivos* (registros, escuchas telefónicas, detectives...) que ahoguen su intimidad, con el consiguiente deterioro de su confianza hacia nosotros y sin que podamos utilizar educativamente la información obtenida a sus espaldas.
- *Recurrir sólo al castigo* para impedir el consumo de drogas. El castigo por sí solo no extingue una conducta.

# ¿Qué hacer si sospechamos que nuestro hijo o nuestra hija consume drogas?

Hay comportamientos de nuestros hijos e hijas que pueden reflejar problemáticas normales del desarrollo adolescente o bien sugerirnos alguna dificultad en relación con las drogas:

- Empeoramiento de la relación con la familia o los amigos.
- No respeto a normas en casa o fuera de casa.
- Cambio brusco de actitud o comportamientos agresivos.
- Descenso repentino en el rendimiento escolar.



## 1. Si confirmamos que está consumiendo algún tipo de droga, ¿qué podemos hacer?:

- No enfrentarnos a la situación de manera alarmista pero sí valorarla junto con nuestro hijo o nuestra hija para después hacer frente al problema.
- Acercarnos a él o a ella, revisando las actitudes de cada uno, hablando serenamente y con información contrastada.
- Buscar soluciones conjuntamente y mantener las decisiones adoptadas.
- Si lo consideramos preciso, acudir a los recursos existentes y asesorarnos con los profesionales de los mismos. En nuestro ayuntamiento nos informarán sobre prevención y para asistencia recurriremos a Osakidetza o centros de tratamiento especializado. También podemos llamar al 902 4711818 para solicitar esta información.

**Y debemos tener en cuenta que las fiestas son un momento en que puede ser más probable que los adolescentes consuman drogas pero que no necesariamente van unidas drogas y fiesta.**

## 2. Mientras siga consumiendo, siempre podemos actuar concienciándole para que si usa, no abuse y, en todo caso, reduzca riesgos. Aunque diga que “controla”, todas las sustancias, desde el alcohol y el tabaco hasta las pastillas y la cocaína, tienen efectos añadidos, en especial:

- Si se consumen en el centro escolar o en el trabajo.
- Si están adulterados: para controlarlo, hay programas de análisis (“testing”) a su disposición.
- Si se mezclan, porque los efectos y los riesgos se multiplican.
- Si quien las consume tiene problemas físicos o mentales.
- O si después del consumo se conduce, se tienen relaciones sexuales sin protección, etc.

Y en caso de sobredosis, ataques o espasmos, inconsciencia o “golpe de calor”, no lo dudemos, hay que acudir de inmediato con él o ella al Servicio de Urgencias del hospital más próximo.



## PELÍCULAS RECOMENDADAS EN DVD

Por Esther Blas Vicente

De nuevo otra entrega de bonitas historias de cine. El tema en común de las películas de este número es la comida. No se trata de hablar de artes culinarias, sino de hablar de vidas y relaciones que se articulan alrededor de diferentes platos y en diferentes mesas. El cocinar y el comer como síntoma cultural de cualquier civilización se impregnan aquí de algo más que tiene que ver con las relaciones y así la comida se convierte en regalo, afecto, amor pasión, pero también en algo más triste e incluso amargo. Lo cocinado induce sentimientos, estados de ánimo, deseos, expectativas y acaba siendo el medio expresivo de las necesidades emociones y anhelos de quien los cocina. Son tres historias que transcurren en épocas, y culturas diferentes pero mantienen como nexo de unión el cocinar como excusa para crear estados anímicos en las relaciones. La primera historia recomendada es: COMO AGUA PARA CHOCOLATE película impregnada del realismo mágico de la literatura sudamericana. La segunda se desarrolla en china; COMER, VIVIR AMAR y por último una película mucho más actual y que transcurre en Norteamérica LA CAMARERA.

### COMO AGUA PARA CHOCOLATE



**Dirección:** Alfonso Arau.  
**País:** México. **Año:** 1992.  
**Duración:** 143 min.  
**Interpretación:** Marco Leonardi, Lumi Cavazos, Regina Torne, Mario Ivan Martinez y Ada Carrasco

Melodrama surrealista. Comedia ro-mántica/Historia de amor y gastronomía ambientada en el México fronterizo de principios de siglo XX. Tita y Pedro ven obstaculizado su amor cuando Mamá Elena decide que Tita, su hija menor, debe quedarse soltera para cuidar de ella en su vejez. Entre los olores y sabores de la cocina tradicional mexicana, Tita sufrirá largos años por un amor que perdurará más allá del tiempo.

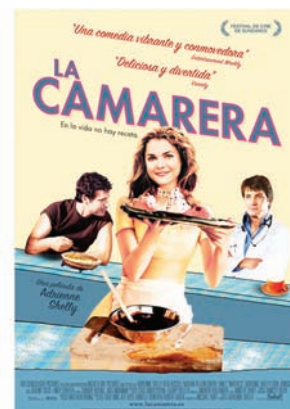
### COMER, BEBER, AMAR



**Dirección:** Ang Lee.  
**País:** Taiwán.  
**Año:** 1994. **Duración:** 123 min.  
**Interpretación:** Si Hung Lung (Chu), Kuei-Mei Yang (Jen), Chien-Lien Wu (Chien), Yu-Wen Wang (Ning).

Chu, un famoso chef de cocina de Taipei, y sus tres hijas: Jen, Chien y Ning. Desde la muerte de la madre, todos los domingos padre e hijas se reúnen entorno a las delicias que con devoción y dedicación prepara Chu. Sin embargo, Chu vive para su trabajo, no acepta las críticas y no entiende el comportamiento de sus hijas, que pronto emigrarán del hogar familiar y se harán independientes. Ning es la hija menor, una estudiante jovial que cada día se encuentra a la salida de sus clases con el novio de su amiga, enfadado porque esta no le hace el menor caso. Jen es la hija mediana. Es una profesora de instituto introvertida que vive encerrada en sí misma, sin expresar sus emociones, y que tras dejarle su único novio no volvió a salir con hombres. Chien es la hija mayor, una economista de éxito en una empresa de aerolíneas, de gran personalidad y madurez. Alrededor de la familia se encuentran sus vecinas Rong, su hija y su madre, así como Wen, un viejo chef amigo de Chu. Los acontecimientos se agolparán alrededor de los protagonistas y sus vidas tomarán un nuevo rumbo.

### LA CAMARERA



**Dirección:** Adrienne Shelly.  
**País:** USA. **Año:** 2007  
**Duración:** 108 min.  
**Interpretación:** Keri Russell (Jenna), Nathan Fillion (doctor Pomatter), Cheryl Hines (Becky), Jeremy Sisto (Earl), Andy Griffith (Viejo Joe), Adrienne Shelly (Dawn).

Jenna (Keri Russell) es la camarera favorita del Joe's Diner, pero también es un "genio de los pasteles" y bautiza sus seductoras creaciones según los tumultuosos episodios y emociones que le reporta su vida diaria. Ella espera que uno de sus dulces, como podría ser el caso del pastel llamado Patada En La Entrepierma pueda incluso cambiar su vida, si consigue ganar los 25.000 dólares del concurso de pasteles. Pero cuando Jenna descubre que está embarazada, cocina de inmediato un pastel que llama No Quiero Un Bebé De Earl. Después de todo, su marido Earl (Jeremy Sisto) es un imbécil celoso que siempre se comporta como un niño, de modo que lo último que ella necesita es formar una familia con él. Pero el embarazo cambia el curso de los acontecimientos de su vida, aportándole una inesperada y nueva confianza a través de cartas que escribe a su futuro bebé.

**La Asociación P.A.A.T. ha iniciado un proceso de colaboración con Proyecto Hombre de Zamora como complemento en la Rehabilitación de algunos drogodependientes de la Comunidad Terapéutica. A continuación relatamos nuestros inicios.**

## TRABAJO CON PERROS GUIA EN LA REHABILITACION DE DROGODEPENDIENTES

Desde hace bastante tiempo, a nuestro centro han llegado personas con un perfil muy determinado; diagnosticados de patología dual y, actualmente en tratamiento, con un nivel muy bajo de autoestima, con dificultad de adherencia a tratamiento y beneficiarios de algún tipo de prestación por incapacidad. Con este tipo de personas se han intentado multitud de formas de tratamiento, con resultados no muy esperanzadores hasta la actualidad. Con este perfil de toxicómano, siempre hemos estado dispuestos a iniciar nuevas formas de terapia, quizás buscando la “fórmula mágica” para conseguir su reinserción. Este momento aún no ha llegado pero seguimos con la intención, al menos, de buscar una mejora en su vida diaria.

A mediados de octubre de 2007 se acerca hasta el centro Alberto Álvarez. Se presenta como responsable de la asociación P.A.A.T. y nos explica en qué consiste y cómo llevan a cabo sus objetivos. Nos deja la puerta abierta para iniciar una futura colaboración. Poco tiempo más adelante, Alberto vuelve a Proyecto Hombre para hacer una presentación sobre el proceso de desarrollo y trabajo de los perros guía que realizaban en el Reino Unido y que querían introducir en nuestro país. Nos dice que su objetivo principal es poder entrenar perros de asistencia para personas con diferentes deficiencias físicas y/o psíquicas e implicar a los animales en diferentes terapias como apoyo en proyectos establecidos o en desarrollo y respetando las necesidades físicas, temperamentales y psicológicas del animal implicado, siempre en un marco de respeto al animal y su utilización ética, con entrenamiento en positivo.



Después de debatirlo vivamente en varias reuniones de equipo, y con posturas a favor y en contra de introducir animales en la comunidad terapéutica, se decide que habría que sentarse con Alberto e iniciar unas bases para una futura colaboración, puesto que habría

que tener muy en cuenta el proceso personal de deshabituación y rehabilitación del drogodependiente. Decidimos que, para empezar podrían ser dos personas las que lleven a cabo la labor de educar a sendos perros, siempre que, claro está, no descuiden su proceso de rehabilitación.

## El proceso inicial de aprendizaje para las personas implicadas presenta grandes dificultades, hay que entender las razones y la filosofía del trabajo con los cachorros y de lo que perseguimos, cómo tratarlos y entender su lenguaje, cómo enseñarlos a responder a diferentes estímulos, cómo alimentarlos...

El nuevo proyecto se presenta a dos residentes y son ellos los que deciden llevarlo a cabo, sabiendo todas las dificultades y beneficios que se le iban a plantear. Una de las mayores dificultades en la preparación de un perro de asistencia es la socialización del primer año de vida del animal. Ha de realizarse en un ambiente rico en estímulos, guiado con constancia y entendimiento en el que tenga acceso a todos los sitios en los que se desenvuelven los seres humanos, comercios, transporte público, calles con tráfico, ruidos de todo tipo, vida social en parques y calles. Al mismo tiempo se han de introducir, desarrollar y consolidar respuestas de obediencia base, respondiendo a ordenes como sentarse, echarse, quedarse quieto, caminar sin tirar de la correa, acudir a la llamada, reaccionar positivamente y sin miedos en situaciones nuevas, y en su relación con humanos de todas las edades, reacciones neutrales o mínimas a ruidos repentinos, realizar sus necesidades fisiológicas de forma controlada etc. Básicamente un perro de asistencia no puede crecer en una perrera como una cárcel, sin alegría ni estímulos y sin adaptarse a lo que es la vida social y moderna del siglo XXI, tampoco se puede desarrollar adecuadamente sin entrenamiento y sin “normas” de trabajo en positivo.

Para conseguir todo eso consideramos que la comunidad terapéutica de Proyecto Hombre en Zamora es un sitio ideal, sus amplias instalaciones y su justo alejamiento de la capital les ofrece un marco inmejorable para conseguir los objetivos marcados.

El equipo terapéutico consideró las variables expuestas a la hora de determinar posibles candidatos y nos marcamos unos objetivos a conseguir con estas personas: Concienciación y aceptación de su problemática y motivación para alejarse de la droga que se conseguirá a través de grupos de terapia. Adquisición de recursos para aumentar su autoestima y comunicación, a través de la relación con los perros tanto en la

C.T. como en las salidas con ellos: paseos, visitas al veterinario, actividades grupales, presentación ante los medios de comunicación local, etc. Fomento del valor de la responsabilidad y el esfuerzo diario mediante el compromiso de educación adquirido con los animales. Ayuda para superar problemas psíquicos, emocionales e incluso fobias y cubrir carencias afectivas así como la necesidad de restituir el daño causado a la sociedad. Gestión y organización de su tiempo libre, con y sin los animales.

Todos estos objetivos, paralelos a los de su proceso de rehabilitación, se revisan en un grupo quincenal de autoayuda que lo ha llevado a cabo un terapeuta.

Así el 28 de Diciembre del 2007 llegan Chiqui y Cía para comenzar su nueva vida en el PH de Zamora. Desde ese momento Jane y Susan (P.A.A.T.) han estado apoyando con unas tres visitas por semana a Andrés y Tomás.

El proceso inicial de aprendizaje para las personas implicadas presenta grandes dificultades, hay que entender las razones y la filosofía del trabajo con los cachorros y de lo que perseguimos, cómo tratarlos y entender su lenguaje, cómo enseñarlos a responder a diferentes estímulos, cómo alimentarlos, cepillar su capa de pelo, enseñarlos a responder a la llamada, cómo debemos jugar con ellos o enseñarlos a sentarse o echarse,... en fin, la agenda es apretada, incluyendo el tener la fregona siempre a mano y además no descuidar su papel en la comunidad y su terapia.

Ha sido impresionante ver cómo Andrés y Tomás se han aplicado, poniendo lo mejor de ellos para conseguir los objetivos marcados. Pero siempre parecía que el trabajo era lo suficientemente gratificante para seguir haciéndolo.

Ahora las visitas de apoyo se han reducido a una vez a la semana, y las

cachorras parece que son parte integral de sus responsables. Por supuesto solo están comenzando su adolescencia canina y tienen que seguir aprendiendo y dan algún susto a sus educadores, como morder alguna cosa que no era para ellas o portarse como cachorras sin control cuando no deben. Pero todo eso es parte natural del aprendizaje y con una sonrisa y buen hacer, todo tiene remedio.

Durante este periodo, también han tenido una visita a un colegio para explicar qué son los perros de asistencia, han compartido buenos momentos durante su entrenamiento, tienen contacto con las veterinarias y mucha gente que simplemente les saludan porque tienen un cachorro consigo. Los cachorros en un principio y un perro adulto bien educado son socializadores naturales para las personas que los pasean por cualquier calle. Saludar a una persona o a un animal implica que el individuo no es un objeto sino alguien a quien se debe la obligación de un trato educado.

Nos quedan muchos pequeños objetivos por conseguir, tanto a nivel personal como a nivel de educador de perros pero después de solo cuatro meses, “todo se andará” como dicen en nuestra tierra. Por supuesto, y es el objetivo principal, que Tomas y Andrés recuperen su libertad de las ataduras impuestas por las adiciones y esperamos que Chiqui y Cia sean buenas herramientas de trabajo en el apoyo a esa meta. Ellos nunca han pedido en la comunidad ningún beneficio a cambio de ser educadores de perros de asistencia sin “escaquearse” de ningún trabajo de comunidad y eso en si mismo se merece un gracias muy grande.

PH Zamora ha ido algo más lejos en lo que se refiere a la utilización del cachorro /animal, como terapia complementaria. La primera y principal es que el paciente toma responsabilidad directa sobre otro sujeto en este caso el cachorro, demostrando así altas cotas de responsabilidad: Alimentar, cepillar,



pasear, entrenar y asegurarse de que el cachorro tiene todas sus necesidades vitales cubiertas requiere un esfuerzo personal, que si bien es recompensado por la interacción con el cachorro no es algo fácil cuando se está involucrado en un proceso de recuperación personal; requiere el aprendizaje de nuevas formas de comunicación Humano / cachorro. Requiere el aprendizaje de nuevas técnicas de aplicación directa y continuada. El entrenamiento del cachorro se hace de forma positiva y con técnicas aplicables a las relaciones interpersonales. Esto ocurre durante un tiempo continuado y podríamos decir largo, hasta 10 meses. El paciente se convierte en educador, entrenador no sólo del cachorro en sus manos si no de otros compañeros / as que se adhieran al programa, compartiendo sus experiencias y apoyando a otros haciendo crecer de forma activa su autoestima y valoración del trabajo realizado. El trabajo no es sólo residencial, se extiende a todos los ámbitos sociales, relaciones con veterinarios, presentaciones publicas por ej. colegios, otras organizaciones, etc.

Hasta la fecha, desde el trabajo realizado a nivel terapéutico, y en comparación con otras ocasiones en las que han pasado por la comunidad Andrés y Tomás, hemos observado las siguientes mejoras: su capacidad de empatía al sentirse identificado con el cachorro, aumenta su capacidad para expresar sentimientos y emociones, mejora su autoestima, disminuyen sus sentimientos de soledad y abandono, el autoconcepto y autovaloración, al sentirse aceptado por el animal y por otras personas ajenas a su círculo más inmediato, disminuye la ansiedad y el estrés, sus habilidades de comunicación general, a través de la expresión de sus emociones, sentimientos y pensamientos, mejora la comunicación entre el paciente y el



terapeuta, con lo que aumenta su implicación en el proceso terapéutico, la socialización y relaciones con los otros residentes, con los profesionales del centro y con los familiares, el contacto físico con el animal está fomentando una mejora de su estado afectivo general y con mejoras en la salud física (relajación, disminución de la presión sanguínea, fortalecimiento muscular, ...), desarrollo de la iniciativa a través de la participación en las sesiones de entrenamiento del cachorro, mayor motivación e implicación en el proceso de rehabilitación, a través del vínculo cálido y especial que crea la mascota, disfrutando de la relación con otro ser vivo y favoreciendo las relaciones sociales.

Solo han pasado cuatro meses desde el inicio del proceso de educación de estas dos cachorras, pero no podemos

por menos que dar las gracias a todo el personal del PAAT por su apoyo y ayuda. En especial estamos muy orgullosos del esfuerzo que Andrés y Tomás están realizando para conseguir que un día alguien sea mas libre, más independiente, en una palabra, alguien sea un poco más feliz porque Chiqui y Cia estarán guiando a una persona ciega, ayudando a una persona en una silla de ruedas o siendo parte de la vida de un niño que se siente mejor al tener un perro bien educado a su lado.

Proyecto Hombre de Zamora agradece a P.A.A.T. su confianza y la dedicación cariñosa a los residentes y espera que el proceso iniciado sea el principio de una colaboración permanente, confiamos en poder introducir en poco tiempo un tercer cachorro e iniciar un nuevo itinerario de rehabilitación-educación.

**Proyecto Hombre de Zamora agradece a P.A.A.T. su confianza y la dedicación cariñosa a los residentes y espera que el proceso iniciado sea el principio de una colaboración permanente, confiamos en poder introducir en poco tiempo un tercer cachorro e iniciar un nuevo itinerario de rehabilitación-educación**

A 3 Bandas de este número tres enfoques diferentes sobre Patología Dual que se presentaron en las Jornadas de Zaragoza. Chema Navarro, del Centro de Solidaridad de Zaragoza, habló sobre Patología Dual y adolescentes, Abdón Martín, de Proyecto Hombre Zamora, sobre las recaídas en estos pacientes y Paco Sánchez, de Fadais, nos presentó la Comunidad Terapéutica como espacio de trabajo con pacientes de comorbilidad.

## La patología dual y los adolescentes: observaciones desde un servicio ambulatorio para jóvenes y adolescentes en situación de riesgo Programa “Tarabidán”



En el transcurso de unos años, observamos como la problemática de los jóvenes varía y se va configurando con matices diferentes. Los cambios en la estructura social y en los hábitos culturales se siguen desarrollando dando resultado a nuevos perfiles de usuarios.

Respecto a jóvenes, drogas y salud mental, y dentro de la población que nosotros atendemos, prevalecen de forma significativa una serie de trastornos relacionados con el TDA con o sin hiperactividad, las conductas disociales precoces, los TCA, los trastornos del ánimo, la psicosis tóxica y, en algunos casos, efectos residuales del uso de drogas que se traducen en dificultades relacionales, anhedonia, problemas familiares y los consiguientes efectos negativos residuales de la psicosis, observamos como en algunos momentos se constituyen en motivo de la demanda de tratamiento. La comorbilidad es un elemento repetitivo en estos casos.

Con relación a la psicosis tóxica, percibimos un aumento considerable y progresivo a lo largo de estos últimos diez años, al igual que la temática de sus delirios. La tendencia es a “enloquecer” con los datos de que disponen y se centran en aspectos relacionados con las nuevas tecnolo-

gías, modas y tendencias: telefonía, Internet, series de TV, películas de actualidad, etc. Dejando de lado elementos culturales con los que se elaboraban otras tramas en el pasado. La actualización en estos ámbitos es fundamental para entender estos procesos mentales y su orientación clínica.

Algunas divergencias tienen que ver con el género y la procedencia. Respecto al sexo. Sobre datos estadísticos se percibe un inicio precoz del consumo de drogas en mujeres, que puede situarse en los 14 a 15 años, un año antes que los varones y un abandono del consumo que se puede localizar sobre los 18 años aproximadamente, mientras que en jóvenes varones se suele perpetuar hasta mucho más adelante.

Los datos nos definen una edad media menor para el varón en sus episodios psicóticos, con relación a la mujer. Nos llama la atención que, mientras ellas tienen un “punto de retorno” por haberse dado el episodio en edades más elevadas, a partir de los 20 años aproximadamente, tienden a querer estar como cuando todo iba bien y trabajaban, tenían pareja, iban a clase, etc. Los varones atendidos suelen presentar brotes precoces en los que el punto de partida es pre-adolescente y adolescente, por lo cual, un retorno a un punto de referencia más adulto o maduro, resulta imposible y parecen cronificarse en cierta infantilidad perpetua. El estigma de la enfermedad mental se constituye en un importante elemento de exclusión de cara a los iguales y suele generar un proceso de aislamiento progresivo en los sujetos.

Durante estos años, se constata la necesidad de una buena coordinación

entre Salud Mental, Médico, familia, redes de apoyo y educadores para la buena evolución de los usuarios. Los avances en neurolépticos de nueva generación, aplicación de anticomiciales como reguladores del control de impulsos o el uso del Metilfenidato para los afectados de TDAH, aportan un buen elemento de apoyo, en ocasiones indispensable, a los tratamientos.

Observamos una serie de correlaciones entre el consumo de drogas y el estado mental que clasificaríamos en varias tipologías: jóvenes que descubren en las drogas un tipo de automedicación para aliviar sus procesos mentales, claro ejemplo del consumo de psicoestimulantes entre afectados de TDAH, drogas para poder trabajar, para adelgazar, o dormir u otras utilidades, como elemento funcional y drogas como anestesia en sujetos con elevado grado de tensión, acontecimientos traumáticos o dificultades personales específicas.

Aspectos no menos importantes tienen que ver con CI límite y drogas, sobre todo por la elevada vulnerabilidad y el consiguiente deterioro cognitivo. La depresión adolescente y el efecto de “anestesia” de las drogas en este espectro.

En los tratamientos se ha demostrado mayor eficacia en aquellos jóvenes que se suscriben a un tratamiento farmacológico, se establecen consultas de una frecuencia asidua, se realiza una coordinación indicada a que tome contacto con su Centro de Salud mental, se da cierta conciencia de enfermedad y sintonía con su educador a cargo. Es preciso “acompañar” a los recursos indicados, para que no se pierdan en el trayecto y mantener contacto periódico

con los profesionales implicados. Ante todo esto, y tal vez por desgracia, hablamos de personas profesionales con las que conectamos en sintonía, y de profesionales jerarquizados, distantes y con escasa coordinación. Desde este punto de partida establecemos esos dispositivos radiales con individuos interesados en colaborar y afines al bienestar del paciente.

Como comentario final, añadir que la evolución del paciente dual suele aportar una serie de características

relativas al desplazamiento del impulso hacia la droga, por otras áreas: gasto de teléfono, compras, juego, agresividad y más relacionado con un tipo de personalidad adictiva. Suele ser proporcional en estas edades el abandono de la medicación y la vuelta al consumo de drogas en las fases de mejoría y pérdida de temor a la enfermedad, por lo que se convierte en un elemento cíclico. Reseñar que la sensación de haber sido bien atendido y de obtener cierto beneficio por el servicio, suele

hacer que vuelvan al punto de partida en el que se encontraron bien y soliciten un nuevo tratamiento.

Durante este tiempo hemos tenido que construir redes y desarrollar itinerarios que aporten eficacia a los tratamientos. El trabajo de red, el apoyo residencial en casos, un enfoque multidimensional de la problemática, conocer la realidad sociocultural unido a un abordaje multidisciplinar y multiprofesional aportarán los mejores resultados en los tratamientos iniciados.

**José María Navarro Echávarri. Trabajador Social del Centro de Solidaridad de Zaragoza**

## LA RECAÍDA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA DUAL

Una certeza y una evidencia de nuestro trabajo es sin duda la alta probabilidad de recaída y en cambio no siempre anticipamos y establecemos mecanismos de control adecuados que permitan reducirla. Pretendemos crear un espacio de debate, o simplemente un punto de reflexión sobre los efectos de la recaída en dos aspectos diferentes; por un lado su influencia en la metodología terapéutica y por otro, la repercusión en las expectativas del paciente. Estas consideraciones obligan a los profesionales a establecer un plan estratégico donde todos los instrumentos de trabajo y el campo actitudinal desplegado ante el enfermo se nos antojan esenciales para la consecución de los objetivos diseñados. Las conclusiones no son novedosas, ni postulan un marco científico diferente al existente, sencillamente son una llamada a “la cordura” en un campo donde la duda y la incertidumbre son siempre tan habituales.

El planteamiento inicial se debe fundamentar en las siguientes premisas: **La adicción** supone comportamientos de búsqueda y consumo compulsivo de droga, sin considerar las consecuencias adversas para su vida, con una elevada tasa de recaídas tras el propósito de abstinencia. La esencia de esta patología es la pérdida de control.

**Los trastornos mentales** deben considerarse como la manifestación

individual de una disfunción comportamental, psicológica y biológica. La clasificación de los trastornos mentales no clasifica a las personas, realmente los que son clasificados son los trastornos que padecen las personas. La naturaleza de una enfermedad mental evidencia la vulnerabilidad del individuo en la que participa el componente genético y su personalidad.

La pérdida de control y la vulnerabilidad pueden plantearse como factores fundamentales a tener en cuenta para una expectativa favorable de la evolución del paciente.

En adicciones el curso habitual de la enfermedad conlleva recaídas, y si añadimos a la ya elevada vulnerabilidad que implica dicha patología aquella que aporta en sí cualquier tipo de trastorno mental, nos encontramos en un entorno movedizo donde es preciso aportar mayor esfuerzo técnico, personal y actitudinal. Si todo es inestable, si todo se mueve, si las posibilidades de éxito son inciertas... ¿no es probable que se vea reducida nuestra percepción de autoeficacia y por igual la de nuestros pacientes?

Distinguir **consumo y recaída** lejos de crear confusión entre los profesionales aporta claridad al proceso terapéutico en cuestión. Un consumo debe entenderse como una oportunidad de mejora que puede favorecer el pronóstico, dado que no devuelve al



paciente al punto inicial de la adicción. La recaída conlleva “el restablecimiento de la conducta adictiva y de pensamientos y sentimientos asociados a la conducta adictiva, después de un periodo de abstinencia”. Tradicionalmente se piensa que la recaída conlleva una parada del proceso terapéutico, y que a diferencia del consumo puntual bloquea la evolución adecuada. ¿Por qué?, ¿acaso no sabemos que el término recaída aparece en la propia definición de adicción y que la vulnerabilidad psiquiátrica predispone aún más para ello?, ¿no sería el momento de relanzar el proceso terapéutico e invertir en posibles mejoras?

La psicoterapia modifica comportamientos, y bajo diferentes métodos, generan cambios que mejoran la vida del paciente. La educación permite trasladar conocimientos entre el que

sabe y el que aprende. Un enfoque psico-educativo permite establecer un plan estratégico riguroso y metódico que incorpore en el paciente un sistema de autocontrol enseñado, estudiado, aprendido e integrado que favorezca el control y la vulnerabilidad

En la metodología de trabajo es importante tener en cuenta que en las recaídas de enfermos duales adquiere mayor relevancia el tratamiento individualizado y la atención de las necesidades particulares de cada paciente. “Aprovechar la recaída” requiere reformular estratégicamente los contenidos de atención inmediata y adecuarlos al nivel cognoscitivo de cada uno.

En primer lugar debemos estabilizar la sintomatología psiquiátrica si fuera preciso para luego retomar la pauta de consumo, análisis funcional (A-C-C), es la oportunidad que el paciente tiene para contar lo ocurrido. El estado clínico y autopercepción de la sintomatología clínica. La valoración del estado motivacional y nivel de autoestima, como fuentes de energía que movilizan el cambio. El estado de competencia, favorecer recursos personales y niveles de autonomía. Las implicaciones familiares, sociales y laborales de la recaída.

Si bien todos estos aspectos son imprescindibles y necesarios en cualquier tratamiento rehabilitador, consideramos imprescindible basar nuestro trabajo diario en el modelo de la Teoría

Social Cognoscitiva de A. Bandura (1986) y Psicología de la Salud de Stone G. (1979), modelos que han dado resultados positivos en prevención de recaídas en adicciones y que en enfermedad dual prometen buenas expectativas. En esencia el método de trabajo consiste en instruir a los pacientes en técnicas de *anticipación* y capacidad de afrontar situaciones de riesgo durante el periodo de tratamiento y seguimiento (Marlatt, Barrett). Este modelo P.R. convella la *moderación en el estilo de vida*, que relacionado con el tema que nos ocupa, no deja de ser la idea central de cualquier tratamiento fiable.

Por lo tanto consideramos la utilización del modelo de prevención de recaídas en adicciones un modelo eficaz para enfermos duales, por su carácter psicoeducativo y por la naturaleza del perfil psicológico del usuario. Donald Meichembaum alude continuamente al concepto de vulnerabilidad para definir a aquellos que requieren ser dotados de recursos personales que les capaciten en competencia para hacer frente a sus necesidades y dificultades. Desde esta perspectiva es fácil concluir que nuestra población diana se encuentra desgraciadamente en esta textura.

Los profesionales sabemos que el tratamiento de los enfermos duales es difícil, los pacientes también lo saben. Cualquiera que sea el diagnóstico asociado a la adicción, complica sobremanera la evolución y el pronóstico.

Posiblemente porque las recaídas o los ciclos de inestabilidad se producen en ambas entidades patológicas por diferentes causas y motivos. El enfermo dual, con el paso de los años, conoce de las dificultades de su evolución y le confiere a las drogas el valor de refuerzo positivo o negativo, dependiendo del ciclo patológico en el que se encuentre; salvo grave afectación cognoscitiva, y después de un tiempo relativamente corto como paciente, suele comenzar una dinámica de demanda continua, con distorsiones cognitivas diversas bajo las que espera tratamientos “milagro” que difícilmente llegan.

Ante consumos o recaídas la inestabilidad aumenta y los niveles de capacidad cognitiva disminuyen, por lo que no es fácil la puesta en marcha de un plan de choque eficaz. Los programas de prevención de recaídas basados en la teoría del Aprendizaje Social y modelos de Salud pueden aportar el método y rigor suficiente que eviten “aventuras” en el tratamiento. La inestabilidad de estos enfermos ha de generar “calma” y su incapacidad “competencia” en los profesionales.

El paciente debe incorporar respuestas de afrontamiento que incrementen la autoeficacia y que reduzca la probabilidad de recaída, pero debemos considerar que nuestro objetivo es un buen propósito con logros solo aceptables.

**Abdón Martín Coca. PH Zamora**

## La Comunidad Terapéutica: espacio de trabajo con pacientes con problemas de comorbilidad

Se entiende por Patología Dual la coexistencia en un mismo paciente de un problema adictivo y de un trastorno psiquiátrico. Es obvio que cada vez, con más frecuencia, el trabajo en drogodependencias debe afrontar esta realidad con mucha asiduidad. De todos es sabido que los trastornos adictivos conllevan “lesiones” en el ámbito sanitario, educativo, psicológi-

co, social, etc... por lo que no sería adecuado negar los aspectos psiquiátricos. Ahora bien, los principales problemas a los que nos enfrentamos en la comorbilidad adicciones-trastornos psiquiátricos son fundamentalmente: 1.- Diagnóstico difícil que necesita tiempo para efectuarse, pronóstico no muy bueno y abordaje complejo en la dinámica de la Comunidad



2.- La comorbilidad origina “agotamiento” en los profesionales que deben atenderla y más aún dentro de una Comunidad Terapéutica.

3.- Si se aborda el trastorno psiquiátrico, mejorará el problema adictivo y, por otro lado, si no se trata el problema adictivo se agravará su situación psiquiátrica.

4.- Importante dificultad de mantenerse en tratamiento los pacientes con comorbilidad adicción-trastorno psiquiátrico.

A estos paciente, la Comunidad Terapéutica proporciona principalmente: Ventajas Diagnósticas y Ventajas Terapéuticas.

Los/as psicólogos/as ofrecerán un tratamiento Psicoterapéutico y los/as Médicos/as un tratamiento psicofarmacológico una vez alcanzado un **DIAGNÓSTICO ÚNICO**.

Para ello, es primordial alcanzar una buena adherencia al tratamiento con el fin de analizar cada caso de manera pormenorizada realizando un análisis multifactorial del paciente con el fin de no tener ideas erróneas sobre el usuario así como para evitar intervenciones inadecuadas. Si los profesionales no realizan una adecuada evaluación no sólo de la conducta adictiva del paciente sino también del proceso psiquiátrico que pueda coexistir se puede producir las siguientes consecuencias:

- No seguimiento de las indicaciones terapéuticas
- Uso inadecuado de psicofármacos
- Errores en el desarrollo de las actividades programadas para el usuario con el fin de propiciar cambios en el estilo de vida
- Consumos de drogas aparentemente inexplicables
- Consumos de otras sustancias
- Deterioro progresivo de la relación con el terapeuta
- Abandonos de tratamiento
- Intervenciones negativas en la dinámica de la Comunidad

Independientemente de ello, la atención en Comunidad Terapéutica a una persona usuaria con trastorno psiquiátrico del Eje I, conlleva unas dificultades especiales:

- Demandas constantes de atención por parte de los profesionales

- Problemas de relación Equipo/familia sobre todo ante situaciones de necesidad de contar con la colaboración familiar.

- Posibilidad de descompensaciones

- Deseo de la persona usuaria con trastorno de personalidad de abandonar tratamientos al querer compararse con otros compañeros.

- Dinámica distinta al resto de usuarios.

- Importancia de que el Equipo conozca las distintas formas de actuar ante situaciones que se presenten con estos usuarios.

- etc...

Como vemos, son muchas las consecuencias negativas que se derivan de la no atención a la patología dual que pueda presentar un paciente en Comunidad.

En Andalucía, se ha establecido un Protocolo de Actuación Conjunta entre el Servicio Andaluz de Salud y el Plan Andaluz sobre Drogodependencias y Adicciones, atendiendo a la Clasificación de RIES (1992), para abordar la comorbilidad de la siguiente manera:

1.- Dependencia Química Complicada (Dependencia grave/Psicopatología leve): **RED DE DROGODEPENDENCIAS**

2.- Enfermo Mental Abusador de Sustancias (Dependencia leve/Psicopatología grave): **RED DE SALUD MENTAL**

3.- Enfermo Mental Dependiente de Sustancias (Dependencia grave/Psicopatología grave): **AMBAS REDES**

4.- Abuso de sustancias y ligera Psicopatología (Dependencia leve/Psicopatología leve): **ATENCIÓN PRIMARIA**.

Mención especial tiene el abordaje de las adicciones concomitantes con trastornos de personalidad en Comunidad Terapéutica. Cada vez con más frecuencia encontramos en la Comunidad Terapéutica este tipo de usuarios. Dependiendo del trastorno que presente variará su devenir durante el periodo de tiempo que permanezca en el Centro.

Existe una importante controversia sobre la idoneidad del abordaje de estos usuarios en un núcleo, más o menos de cerrado, de pacientes como es el de una Comunidad. Es evidente

que la interacción de un paciente de características antisociales tiene una incidencia en la dinámica habitual distinta que si se tratara de un límite o de un narcisista o de un paranoide o de un dependiente. Por ello, es importante intentar adecuar los programas y recursos a este tipo de pacientes con el fin de poderles sacar “rentabilidad”. Entre estas adecuaciones cabría señalar:

- Mayor frecuencia de sesiones terapéuticas si bien la duración de las mismas dependerá del tipo de trastorno.

- Mayor preparación e instrucción de los familiares

- Mayor cantidad de tiempo para realizar diagnóstico

- Utilización de los psicofármacos

- Atención especial a la relación que se establezca entre usuario y terapeuta

- Repercusiones de consumos esporádicos o de consumos de alcohol u otras sustancias

- Duración global del tratamiento

- Necesidad de una mayor preparación de los profesionales que trabajan en las Comunidades

- Seguimiento tras la salida de la Comunidad

- Relación del paciente con su familia

**Diagnósticos de Comorbilidad: Centros de Tratamiento Ambulatorios versus Comunidades Terapéuticas:**

Las Comunidades Terapéuticas realizan mayor número de diagnósticos de patología dual que los Centros Ambulatorios.

Los trastornos con mayor prevalencia son los Trastornos de personalidad seguidos por los trastornos del estado de ánimo y por los trastornos por ansiedad.

En los pacientes con patología dual está más presente la adicción al alcohol y menos la heroína/cocaína que en los pacientes sin patología dual

En Comunidad Terapéutica, el trastorno psiquiátrico más diagnosticado ha sido el trastorno de personalidad que, además, han tenido peor pronóstico durante su estancia en la Comunidad que el resto de los trastornos psiquiátricos.

Mención especial cabe el empezar a poder diagnosticar trastornos de hiperactividad.



## JORNADAS, CURSOS Y SEMINARIOS

### ■ Máster Oficial en Educación y Rehabilitación en Conductas Adictivas

**Organiza:** Centro de Formación e Investigación sobre drogas y otras conductas adictivas - ENFOCA (Universidad Católica de Valencia).

**Fecha:** octubre de 2008 a mayo de 2009

**Lugar:** Valencia (Universidad Católica de Valencia. Facultad de Psicología y Ciencias de la Salud)

**Tipo de evento:** Formación de Postgrado

**Información:** 902 300 099

**E-mail:** enfoca@ucv.es

**Más información:** <http://www.ucv.es/adictivas>



### ■ 9ª Escuela de Otoño de Socidrogalcohol

**Organiza:** Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, las Toxicomanías y otras Dependencias (Socidrogalcohol)

**Patrocina:** Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y Dirección General de Drogodependencias de la Generalitat Valenciana

**Colaboran:** Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID), Universidad Miguel Hernández (Alicante)

**Fecha:** 13 al 15 de noviembre de 2008

**Lugar:** Benidorm -Alicante- (Hotel Meliá Benidorm)

**Tipo de evento:** Curso

**Información:** 963 155 788 / **Fax:** 963 155 780

**Más información:** <http://socidrogalcohol.org/>



### ■ Congreso Internacional sobre cannabis y psicosis en adolescentes y adultos

**Organiza:** Benito Menni Complex Assistencial en Salut Mental (Benito Menni CASM)

**Colaboran:** Ajuntament de Sant Boi de Llobregat, Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental y Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental

**Objetivos:**

1. Actualizar los últimos desarrollos de la investigación epidemiológica, clínica, neurobiológica y básica en cannabis y psicosis.
2. Profundizar esta investigación en población adolescente y adulta.
3. Evaluar las líneas de investigación prometedoras en este campo.
4. Contribuir al conocimiento de la psicosis en relación al uso de cannabis para mejorar el tratamiento
5. Contribuir a que cambie la percepción de poco riesgo que tiene la opinión pública sobre el uso de cannabis
6. Responder a la preocupación de la sociedad por el problema de la droga con una muestra de trabajo científico bien hecho

**Fecha:** : 9 y 10 de octubre de 2008

**Lugar:** Sant Boi de Llobregat -Barcelona- ("Can Massallera", calle Mallorca núm. 30)

**Tipo de evento:** Congreso

**Información:** 935 10 10 05 / **Fax:** 935 10 10 09

**E-mail:** [congresos.barcelona@viajesiberia.com](mailto:congresos.barcelona@viajesiberia.com)





## DIRECCIONES DE INTERÉS



### Confederación de Entidades para la Atención a las Adicciones.

Asura 90, C.P. 28043 Madrid

Secretaría Técnica:

Av. Madariaga, 63 48018 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 24 52 00

Centro de Solidaridad de Teruel  
Hartzenbusch, 9. 44001 Teruel. 978 60 20 89

#### ■ CASTILLA LEÓN

Programa de Drogodependencias-Cáritas Diocesana  
Cº Viejo de Villaralbo s/nº. 49001 Zamora. 980 51 18 70

#### ■ CATALUÑA

Centre Catala de Solidaritat  
Banys Nous 16-2º. 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 14 37 20

Fundación Gizakia  
Av. Madariaga, 63. 48014 Bilbao. 94 447 10 33

Fundación Izan  
Calzada Vieja de Ategorrieta, 87. 20013 Donosti-San Sebastián. 943 27 39 00

#### ■ VALENCIA

Fundación Arzobispo Miguel Roca  
Padre Esteban Pernet, 1. 46014 Valencia. 96 359 77 77

#### ■ PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Recoletos, 22. 28001 Madrid

# SER VOLUNTARIO/A

## Una forma de vida

Buscamos hombre y mujeres que reúnan los siguientes requisitos:

- Que quieran ejercer la solidaridad
- Que sean sensibles al mundo de las toxicomanías
- Que tengan disponibilidad para participar en nuestro programas
- Que deseen trabajar en equipo
- Que dispongan de Tiempo libre
- Que tengan actitud de ayuda

Te ofrecemos formación para desempeñar tu trabajo, conocimientos de la organización, formación específica , apoyo .....

**SI ESTÁS INTERESADO/A LLÁMANOS AL 902 471 818**

*Esta publicación ha sido subvencionada por:*

