


PROYECTO

HOMBRE

XVII Jornadas de la Asociación **PROYECTO HOMBRE**



USO
ABUSO
ADICCIÓN

Abordaje integral de la problemática
del consumo de alcohol

3€ Nº87
MAYO 2015

Revista de la Asociación
Proyecto Hombre

PROYECTO HOMBRE

PRESIDENTE DE LA REVISTA

Manuel Muiños

COMITÉ CIENTÍFICO

Luigi Cancrini
Médico psiquiatra
Roma, Italia

Domingo Comas
Sociólogo y Presidente del G.I.D.
Madrid

Javier Elzo
Sociólogo, Investigador
del Instituto Deusto de
drogodependencias
Bilbao

Georges Estievenart
Director de Honor del Observatorio
Europeo de las Drogas y
Toxicomanías
Lisboa, Portugal

Jaume Funes
Psicólogo Periodista y escritor
Barcelona

Baltasar Garzón
Magistrado, Juez
Madrid

Elena Goti
Consultora Dianova Internacional
Barcelona

Alain Labrousse
Presidente del Laboratorio de
Geopolítica de las Drogas
Francia

Emiliano Martín González
Psicólogo Responsable del Menor
y la Familia
Ayuntamiento de Madrid

Luis Rojas Marcos
Psiquiatra. Profesor de la
Universidad de Nueva York, USA

Santiago de Torres
Médico y ex-Director General
PNSD.
Madrid

Nora D Volkow
Directora National Institute on Drug
Abuse (NIDA), USA

CONSEJO DE REDACCIÓN

COMITÉ TÉCNICO

Yoana Granero Salas
Antonio J. Molina Fernández
Gorka Moreno Arnedillo
Belén Pardo Esteban
Pedro Pedrero Lanero
Felix Rueda López
Francisco J. Sainero García

EDICIÓN

PROYECTO HOMBRE
Olatz González

MAQUETACIÓN Y DISEÑO

Doblehache Comunicación

DELEGACIONES Y CORRESPONSALES

AMÉRICA

Argentina
Martín Gomá
Fundación Belén Escobar

Chile
Juan Palacios
Presidente FLACT

Colombia
Gabriel Mejía
Fundador de Hogares Claret

Margarita M^a Sánchez
Presidenta de la RIOD

Guatemala
Sergio Rolardo Valle Leoni
Pte. Red Guatemalteca de
Organizaciones que trabajan en
Drogodependencias

México
Presidente CCTT México

USA
Anthony Gelormino
Presidente Federación Mundial
de Comunidades Terapéuticas

EUROPA

Rowdy Yates
Presidente de la EFTC

ESPAÑA

Alicante
Rubén Guillén

Almería
Jesús Soria

Asturias
Ernesto Lois

Baleares
Lino F. Salas

Burgos
Fernando Pérez del Río

Cádiz
Julia Bellido

Canarias
Esther Brito y María Padrón

Cantabria
Lucía González

Castellón
José María Arquimbau
Castilla-La Mancha
Begoña Rubio

Cataluña
Jordi Feu

Córdoba
Lázaro Castro

Extremadura
Raquel Molano

Galicia
Amalia Calvo

Granada
M^a José Martínez

Huelva
Víctor Rodríguez

Jaén
Rosa Martínez

La Rioja
Vanessa Gordo

León
Jorge Rubio
Madrid
Mercedes Rodríguez

Málaga
Belén Pardo

Murcia
Javier Pérez

Navarra
Marisa Aristu

Salamanca
Rosa Barrios

Sevilla
Manuel Orellana

Valencia
Mar González Collado

Valladolid
Rubén González

CUOTA ANUAL DE SUSCRIPCIÓN ESPAÑA

10 €

CUOTA ANUAL DE SUSCRIPCIÓN EXTRANJERO

Europa: 30 €
América: 40 €

EDITA

Asociación Proyecto Hombre

IMPRIME

Industrias Gráficas Afanias
www.afanias.org

DEPÓSITO LEGAL

M-41802-1991

I.S.S.N.

1136-3177
Permitida la reproducción citando
procedencia

OFICINA DE ADMINISTRACIÓN Y DIFUSIÓN

Responsable:
Olatz González
C/ Sánchez Díaz, 2
28027 Madrid
comunicacion@proyectohombre.es
Tel: 91 357 01 04
www.proyectohombre.es
902 88 55 55

Los artículos firmados sólo reflejan
el pensamiento de sus autores

➤ PUEDES SOLICITAR LA SUSCRIPCIÓN
A LA REVISTA PROYECTO DESDE FUERA
DE ESPAÑA A TRAVÉS DE NUESTRA WEB:
www.proyectohombre.es
en la sección Publicaciones / Revista



02 > Editorial

04 > Conferencia

- Papel e importancia del alcohol dentro del Plan Nacional sobre Drogas
[Francisco de Asís Babín Vich](#)

08 > Mesas redondas

- Medios de comunicación y alcohol: una perspectiva psicosocial
[Ubaldo Cuesta Cambra](#)
- ¿Qué aporta la medicina en el abordaje integral de la adicción al alcohol?
[José Manuel Garzón Hernández](#)
- Mujeres adolescentes ante el consumo intensivo de alcohol: conquistando espacios y asumiendo riesgos
[Nuria Romo Avilés](#)
- Patología dual y alcoholismo: ¿una realidad escondida?
[Carlos Roncero Alonso, Jesús Pérez-Pazos, Marta Sorribes, Alfonso Abad](#)
- Abordaje del consumo de drogas en el ámbito laboral
[Gorka Moreno Arnedillo](#)

24 > Talleres

- Taller de actividades prácticas en prevención para aplicar en las aulas
[José Antonio Giménez Costa](#)
- Taller de inteligencia emocional para aplicar en el tratamiento con personas adictas al alcohol
[Francisco José Sainero García](#)
- Técnica de acompañamiento terapéutico compasivo. Aplicación clínica del programa Inteligencia Emocional Plena (INEP)
[Natalia Sylvia Ramos Díaz](#)

32 > Mesas de experiencias

Mesa 1 • Prevención

- ADIF: "XXV años haciendo prevención en el ámbito laboral"
[Ricardo Chacón Barcáiztegui](#)
- La experiencia de Portugalete: "Tengo una oportunidad...". Estrategias locales en prevención de drogodependencias
[Marta Azkarretazabal Mendiguren](#)
- La policía local como agente preventivo en el consumo de drogas
[Alicia Nieto Jiménez](#)

Mesa 2 • Investigación

- Rendimiento neuropsicológico en pacientes que demandan tratamiento por el consumo de alcohol y otras drogas
[Lorena Belda Ferri](#)
- Evaluación de la eficacia de un programa de tratamiento ambulatorio del alcoholismo
[Sonia Esarte Eserverri](#)

Mesa 3 • Tratamiento

- Consumo de alcohol como enfermedad o como conducta de riesgo: ¿Es posible la unificación de modelos en el tratamiento de las adicciones?
[Amparo Carreras Alabau](#)
- Entrevista motivacional y clarificación de valores con personas usuarias del Albergue Sa Placeta
[José María Piñero, Catalina Limonges, Mercè Pallicer, Roberto Sollberger](#)
- 1997-2015 Comunidad terapéutica de alcohol: claves del éxito
[Héctor López Santos](#)

58 > Comunicaciones breves

- Prevalencia del consumo de alcohol
[Lidia Fortes Jiménez](#)
- Intervención terapéutica y abordaje de género en comunidad terapéutica de alcohol
[María Antonia Caballero Flores](#)
- Propuesta de trabajo específico para los perfiles alcohólicos en una comunidad terapéutica
[Víctor Revuelta Atienza](#)
- Talleres como estrategia terapéutica en el tratamiento del alcoholismo
[Francisco M. Antonete Oria](#)

64 > Entidades colaboradoras

> Editorial





Hola a todo el mundo.

Pasó un año y la Asociación Proyecto Hombre presenta de nuevo sus Jornadas. En esta ocasión, en su decimoséptima edición, el tema escogido ha sido el "Abordaje integral de la problemática del consumo de alcohol: uso, abuso, adicción" con el objetivo de presentar formas de intervención, a la luz de la investigación y la evidencia científica, que promuevan la actualización permanente de los diferentes profesionales implicados en el abordaje de las problemáticas asociadas al uso, abuso y adicción de esta sustancia.

El tiempo transcurrido desde la última edición hasta ahora ha sido un año cargado de actividad y de trabajo para preparar estas jornadas. La continuidad en el trabajo con el Observatorio 2013 sobre el perfil de la persona con problemas de adicción en tratamiento, nos sigue suponiendo una herramienta tremendamente útil y eficaz a la hora de plantear los temas a tratar, porque entendemos que son temas emergentes en las distintas realidades de las entidades que se relacionan con las adicciones en el ámbito de la prevención, la rehabilitación o la incorporación social.

El informe 2013, vuelve a poner sobre la mesa que el alcohol ocupa el primer lugar como "sustancia problema". Así mismo, las personas consumidoras de alcohol acceden más tarde al tratamiento e inician el consumo antes que el resto de perfiles de personas consumidoras, por lo que se estima que el grado de deterioro es superior.

Podemos entender, por lo tanto, que es un tema muy importante al que, en ocasiones, no se le ha prestado la atención que merece. En las recomendaciones del informe del Observatorio 2013 aparecen recogidas, entre otras, las siguientes:

- Es necesario extender la implantación de programas para el tratamiento de quienes presentan un consumo problemático de alcohol como sustancia principal en aquellos centros donde no exista. Además, diseñar e implementar atenciones específicas para personas que consumen alcohol, así como incorporar la variable "alcohol" como sustancia problema en los diferentes programas de tratamiento diseñados, incluyéndolos como una de las temáticas prioritarias, prestando atención a su capacidad de actuar bien como sustancia principal, bien como puente a otras sustancias o sus efectos en consumo en paralelo.
- Se hace necesario continuar incidiendo en los programas de prevención de consumo de alcohol, especialmente en la Intervención Temprana y en las causas y consecuencias del *binge use*.

Entendemos, por tanto, que tiene todo su sentido que la Asociación Proyecto Hombre dedique estas Jornadas a profundizar sobre esta cuestión.

También pretendemos unir la parte más teórica con el trabajo de campo a nivel más práctico. Contaremos con personas del ámbito de la investigación y con aquellas que están trabajando en el día a día, haciendo un conjunto donde la reflexión y la realidad hacen una mezcla enriquecedora. Es por ello que en esta búsqueda se han organizado unas jornadas donde conviven las conferencias, los talleres en los que profundizar sobre distintas intervenciones y las mesas de experiencias en las que podremos ver cómo se trabaja de manera práctica sobre diferentes realidades.

En definitiva, buscamos un espacio donde compartir, indagar, cuestionar y llevarnos experiencias en nuestra mochila para que la intervención en los ámbitos en los que nos movemos sea más rica y más eficaz, que es a fin de cuentas de lo que se trata.

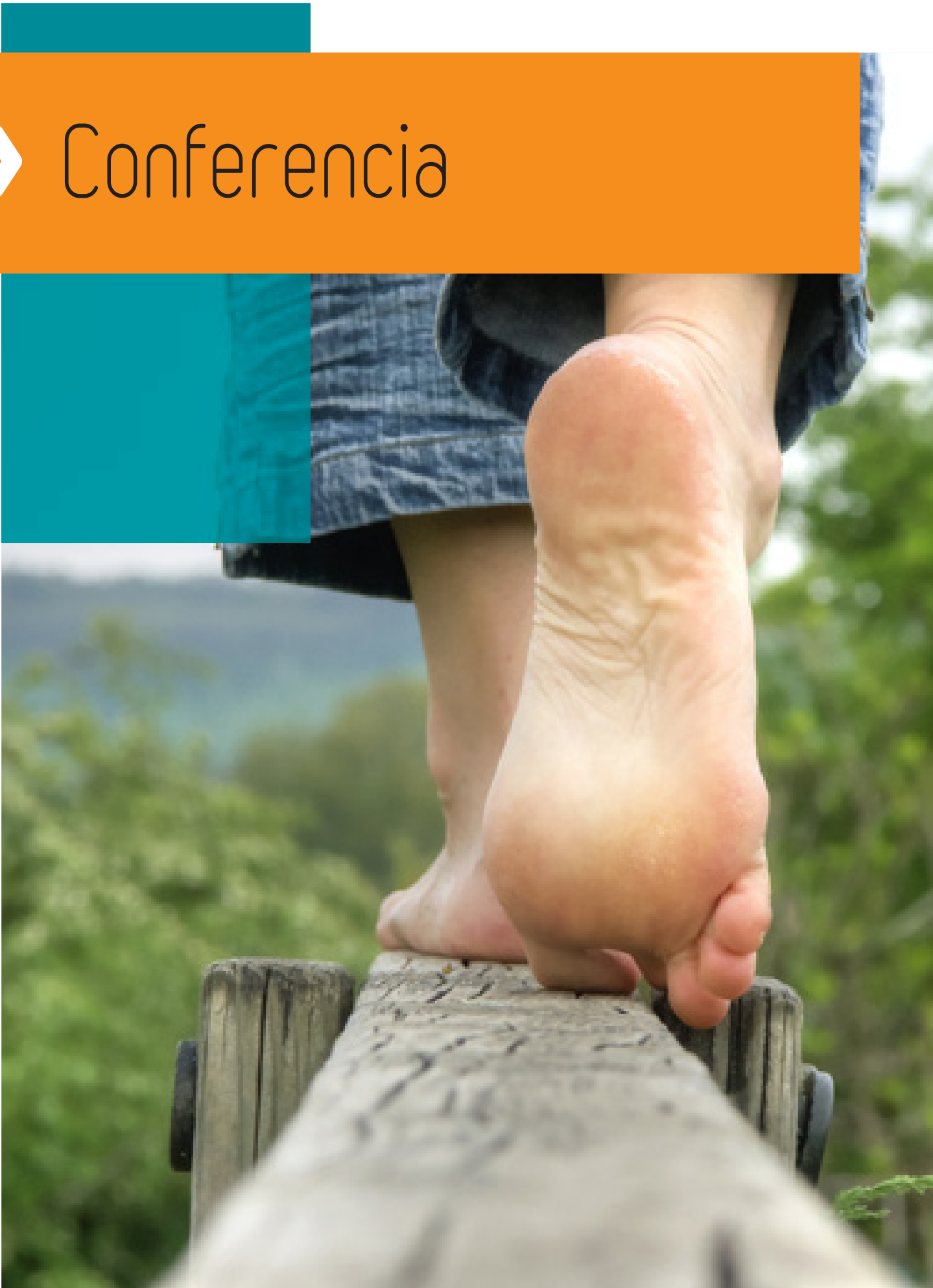
Como hemos dicho en otras ocasiones, desde Proyecto Hombre solo procuramos el espacio y el marco de trabajo; el resto lo dejamos en vuestras manos, así que os animamos a participar y a convertir las Jornadas de Proyecto Hombre en vuestras jornadas. Con esa intención están preparadas.

Un abrazo y a disfrutar.

Pedro Pedrero Lanero

Director-presidente de Proyecto Hombre Jaén y presidente de la Comisión Nacional de Formación de la Asociación Proyecto Hombre

> Conferencia



PAPEL E IMPORTANCIA DEL ALCOHOL DENTRO DEL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Francisco de Asís Babín Vich
Delegado del Gobierno para el Plan
Nacional sobre Drogas.

El consumo de alcohol se sitúa en tercer lugar entre los principales factores de riesgo de enfermedad a nivel mundial, por detrás de la hipertensión y el consumo de tabaco. Sin embargo, cuando analizamos este mismo dato en Europa, en varones de 15 a 19 y de 35 a 39 años, el alcohol es el factor de riesgo que produce más carga de enfermedad.

PREVALENCIAS DE CONSUMO

En nuestro país, las tendencias de consumo de bebidas alcohólicas no muestran cambios significativos en los últimos 10 años y se encuentran estabilizadas en población de 15 a 64 años, mientras que, en población de 14 a 18 (de acuerdo con los datos de la encuesta ESTUDES 2012) la tendencia presenta un repunte respecto a la encuesta anterior. El 81,9% de la población había consumido en el último año y el 74% lo había hecho en el último mes.

El porcentaje de estudiantes que se ha emborrachado, en el último mes, presenta una tendencia global ascendente, si bien, en 2012, ha disminuido 5 puntos porcentuales con respecto a 2010, manteniéndose, aún así, en cifras muy elevadas.

En 2012, el 60,7% de los estudiantes de 14 a 18 años admitió haberse emborrachado alguna vez en la vida, el 52% lo hizo en el último año y el 30,8% en el último mes. Durante el último año, según la misma encuesta, más de la mitad de los jóvenes de 16 años se habían emborrachado, aumentando el porcentaje a medida que aumenta la edad. A los 14, 15 y 16 años, el porcentaje de chicas que se emborracha es mayor que el de los chicos.

Además de las borracheras, una medida que nos informa sobre el consumo intensivo de alcohol es el denominado "bingedrinking" o consumo en atracón. Este se define como la ingesta de 5 o más vasos o copas en un intervalo aproximado de 2 horas.

El patrón de "bingedrinking" es similar al de las borracheras. La mitad de los jóvenes de 17 años han hecho "bingedrinking" en el último mes y esta práctica se incrementa al aumentar la edad. A los 14 y 15 años, el porcentaje de mujeres que hace "bingedrinking" es mayor que el de hombres.

Si analizamos el fenómeno del botellón, incluido como novedad en ESTUDES 2012: el 63% de los jóvenes de 14 a 18 años afirma haber realizado botellón en el último año (el haber realizado botellón no implica que se haya bebido, quiere decir que se ha ido a un botellón), el porcentaje de edad es muy similar en chicos y en chicas y esta práctica aumenta con la edad: 4 de cada 10 jóvenes a los 14 años, frente a 8 de cada 10 a los 18, habían hecho botellón en el último año. El 53,3% de los jóvenes de 14 a 18 años afirma haber realizado botellón en el último mes. Por edad: 24%-14 años. 40,3%- 15 años. 56,6%-16 años. 65,2%-17 años y 71,9%-18 años.

Los consumos intensivos (borracheras y "bingedrinking") se asocian con mayor prevalencia al consumo de otras drogas y son más habituales entre los que hacen botellón que entre los que no lo hacen.

Por último, la prevalencia de consumo de alcohol es mayor entre aquellos que perciben un mayor número de amigos-iguales que también beben y, en cuanto a las salidas nocturnas, los datos indican que es mayor la prevalencia de consumo entre los que salen por la noche y entre los que regresan entre la 1 y las 3 de la madrugada.

DISPONIBILIDAD Y RIESGO PERCIBIDO

El lugar donde más porcentaje de menores consiguen alcohol es el supermercado (61,8%), seguido de bares/pubs (57,7%), 6 de cada 10 menores consume alcohol en bares/pubs y 5 de cada 10 en discotecas. El 57% consume en espacios abiertos.

La sustancia percibida como más disponible por los estudiantes de 14 a 18 años es el alcohol (>90%) y también es percibida como la menos peligrosa.

La disponibilidad percibida está relacionada con el porcentaje de consumidores. En 2012 disminuye la disponibilidad percibida de todas las sustancias. Las sustancias percibidas como más fácilmente disponibles por los estudiantes de 14 a 18 años son el

"EL PATRÓN DE "BINGEDRINKING" ES SIMILAR AL DE LAS BORRACHERAS. LA MITAD DE LOS JÓVENES DE 17 AÑOS HAN HECHO "BINGEDRINKING" EN EL ÚLTIMO MES Y ESTA PRÁCTICA SE INCREMENTA AL AUMENTAR LA EDAD".



alcohol (> 90%) y el cannabis (69,4%), seguidas de los hipnosedantes (53,4%), que coinciden con las sustancias consumidas por un mayor porcentaje de jóvenes.

Igualmente, el riesgo percibido sobre el consumo de diferentes sustancias se asocia al consumo de estas y el alcohol es la sustancia que se percibe menos peligrosa: menos de la mitad de los encuestados considera que tomar 5 ó 6 copas en fin de semana puede producir problemas.

TRATAMIENTO POR ALCOHOL EN CENTROS ASISTENCIALES

En 2012 se notificaron 28.234 admisiones a tratamiento por alcohol, si bien hay que decir que, aunque a partir de 2008 mejora el proceso de recogida de datos y notifican admisiones a tratamiento por alcohol todas las CCAA, la cobertura varía notablemente en función de la accesibilidad que los planes de drogodependencias de cada CCAA tienen a los datos de tratamiento por alcohol.

Desde el año 2008, año en que comenzamos a contar con una cobertura adecuada de la admisión a tratamiento por alcohol, el mayor porcentaje de las admisiones a tratamiento fueron por esta sustancia, situándose por encima de cocaína y opioides. En 2012 fue del 36,2% y su perfil es de: varón español de 44 años, parado, que comenzó a beber joven y tras más de 20 años acude a tratamiento por iniciativa propia tras varios intentos de dejar el consumo.

Por lo que respecta a los menores de edad, en 2012 se notificaron 90 casos menores de 18 años con un perfil de varón, español, estudiante de 16 años, que comenzó a beber con 13. Bebe 2-3 días a la semana o todos los días y es la primera vez que acude a tratamiento animado por sus amigos o familia.



URGENCIAS HOSPITALARIAS

En el indicador de urgencias relacionadas con consumo de sustancias, el alcohol sólo se recoge cuando se ve asociado a otros consumos. En estos casos, el alcohol es la segunda droga relacionada con el acceso a las urgencias, detrás de la cocaína. En los menores, la presencia de alcohol en urgencias (junto con una droga ilegal), se sitúa también en segundo lugar, detrás de los ingresos por cannabis.

Todos estos datos, nos dan idea de la importancia prioritaria de ubicar el alcohol dentro de las políticas públicas, así como de la necesidad de prestarle la debida atención, abordándolo desde la misma perspectiva que el resto de sustancias con potencialidad adictiva.

Es por ello que las acciones recogidas en el Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016, que continúa y complementa la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, contemplan el alcohol en todos sus ámbitos de actuación.

El alcohol es una sustancia con gran potencial adictivo y, desde esa perspectiva, además de acciones específicas como la del análisis y mejora de la normativa sobre alcohol y menores y su implementación en el territorio nacional, cuando hablamos de anteponernos al riesgo y de detectar las situaciones en inicio a través de actuaciones preventivas en el ámbito familiar, de hostelería, educativo, de ocio o vial, o cuando hablamos de la mejora de los procesos de detección e intervención precoz con menores, de la calidad de la atención, de homogeneizar el tratamiento o de la necesidad de establecer itinerarios terapéuticos personalizados, nos estamos refiriendo a todas las sustancias, incluido el alcohol.

Este enfoque es coherente con la Declaración Fundacional del Plan Nacional sobre Drogas, que contemplaba el alcohol ya

desde los inicios como una sustancia más a considerar dentro de los esfuerzos gubernamentales por minimizar el efecto individual y social de las distintas sustancias. Sin embargo, durante muchos años, el alcohol no ha sido contemplado en pie de igualdad con las sustancias ilegales a la hora de priorizar acciones tanto de prevención, como de asistencia y de reinserción. No obstante, en el momento actual, la Estrategia Nacional sí aborda de manera integral las distintas sustancias, teniendo además en cuenta los fenómenos de policonsumo que de manera frecuente se producen entre los usuarios de la red asistencial de tratamiento de las adicciones.

Otro tanto ha venido ocurriendo con la Estrategia de la Unión Europea, donde no es hasta su versión actual, la que ha de desarrollarse desde 2013 hasta 2020, donde por primera vez se menciona el alcohol, en el contexto igualmente de los policonsumos, como objeto de trabajo, ausencia tan solo justificada por el hecho de que alcohol y drogas ilegales tengan en el marco de la Comisión Europea, distinta dependencia, DG SANCO en el caso del alcohol y DG Justice en el caso de las drogas de ilícito comercio.

Es necesario, por tanto, continuar desarrollando políticas globales, con acciones dirigidas a incrementar la información y sensibilización de la sociedad acerca de los riesgos que el consumo de alcohol conlleva y reducir los daños asociados al mismo, además de ofrecer una asistencia normalizada y basada en la evidencia científica.

Para ello es imprescindible que el debate sobre las consecuencias del consumo abusivo de alcohol se traslade a la sociedad, para que, como ocurrió en el caso del tabaco, se formalice un posicionamiento claro de ésta que favorezca el adoptar medidas que, hasta la fecha, no se están abordando de manera suficiente y acorde con la evidencia científica disponible.

Otro aspecto a potenciar está relacionado con la necesidad de conocer el coste social real que supone el consumo de alcohol en nuestro país. A los costes sociales directos, hay que sumar toda una pléyade de gastos que están determinados por la frecuencia con que el alcohol está presente en la cotidianidad de nuestro día a día. Pensemos por ejemplo en los estudios de Gili y colaboradores que han puesto en evidencia que los ingresos quirúrgicos y los reingresos tras el alta, de pacientes con trastornos por abuso de alcohol, suponen de media unos 12.000 euros más de gasto por caso que el mismo ingreso en personas no abusadoras.

Del mismo modo, la frecuencia con que el alcohol está presente en los delitos contra la seguridad vial, en las circunstancias que rodean el maltrato, o en el escaso rendimiento laboral o académico de distintos sectores de la población, ponen de manifiesto que el análisis no puede circunscribirse solo a las situaciones relacionadas con la atención a la dependencia provocada por el alcohol, ni siquiera cuando como ha puesto de manifiesto la última encuesta EDADES 2013, en España existen más de 120.000 personas adictas y 1.300.000 personas más en riesgo por su consumo.

Solo desde el conjunto de la sociedad organizada, preferiblemente en un contexto de acuerdos multinacionales, será posible abandonar eufemismos poco justificados respecto del supuesto "valor socializador" de un consumo de alcohol, que es preciso recordar, que en el caso de los menores, es tan ilícito como el consumo de drogas ilegales, según establece la ya unificada legislación en cuanto al acceso al alcohol solo por encima de la mayoría de edad.

> Mesas redondas



1

**MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y ALCOHOL:
UNA PERSPECTIVA PSICOSOCIAL**

2

**¿QUÉ APORTA LA MEDICINA EN EL
ABORDAJE INTEGRAL DE LA ADICCIÓN
AL ALCOHOL?**

3

**MUJERES ADOLESCENTES ANTE EL
CONSUMO INTENSIVO DE ALCOHOL:
CONQUISTANDO ESPACIOS Y ASUMIENDO
RIESGOS**

4

**PATOLOGÍA DUAL Y ALCOHOLISMO:
¿UNA REALIDAD ESCONDIDA?**

5

**ABORDAJE DEL CONSUMO DE DROGAS
EN EL ÁMBITO LABORAL**

1

MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y ALCOHOL: UNA PERSPECTIVA PSICOSOCIAL

Ubaldo Cuesta Cambra

Catedrático de Psicología Social de la Comunicación (UCM)
ucuestac@ucm.es

Felicidad no es hacer lo que uno quiere sino querer lo que uno hace.

Jean Paul Sartre (1905-1980)

Puede parecer sorprendente iniciar un trabajo sobre *los medios de comunicación y el alcohol desde una perspectiva psicosocial* con la frase de Jean Paul Sartre referente a la felicidad. Sin embargo me parece que hay en ella una idea que sugiere un planteamiento muy adecuado para enfocar el problema del consumo del alcohol desde sus raíces más hondas. Pretendemos con ello, de alguna manera, “retroceder” en el planteamiento conceptual para tomar perspectiva y enfocar este problema desde una óptica más amplia que permita subrayar aspectos poco subrayados. Aspectos que, quizá, puedan sentirse “contra marea”, en cierta medida por la sensibilidad contemporánea.

El título de estas XVII Jornadas de la Asociación Proyecto Hombre hace justicia al enfoque que queremos presentar: “Abordaje integral de la problemática del consumo de alcohol” y como subtítulo: “Uso, abuso, adicción”. Hay dos elementos aquí que querría destacar: en primer lugar la idea del abordaje “integral” y en segundo lugar la propuesta del concepto “del uso a la adicción, pasando por el abuso”.

EL ABORDAJE INTEGRAL DEL PROBLEMA

Habitualmente se entiende por “abordaje integral” el análisis de los diferentes factores que actúan sobre el problema y lo configuran. En este caso se trata de aspectos como la normativa legal, los medios de comunicación, la presión del entramado comercial, las actuaciones de las asociaciones civiles e institucionales, etc.

Es evidente que este abordaje es el adecuado para comprender el fenómeno en cuestión y para poder intervenir eficazmente sobre él, dado que difícilmente se podrá comprender un fenómeno si no se analizan todas las partes que lo componen.

Sin embargo, es muy frecuente que, al desarrollar este planteamiento, no se haga referencia a algo fundamental: *el origen* de dichas variables que configuran el fenómeno.

Sucede que la *percepción y construcción de la realidad social* es un fenómeno, en gran medida, construido cognitivamente (Berger y Luckmann, 1966) mediante la creación de estructuras de representación mental de la realidad, de *estructuras de conocimiento*. Estas estructuras actúan, a su vez, creando *guiones de acción (scripts)* los cuales, como su propio nombre indica, *guían*, nuestra conducta.

Pues bien, estas estructuras de conocimiento, se basan, a su vez, en *percepciones previas*, es decir, en algo así como “apriorismos” de la cultura: conceptos previos que son tomados como premisas de lo que la realidad es.

Aquí es donde interviene la frase puesta al inicio del filósofo francés Jean Paul Sartre: “Felicidad no es hacer lo que uno quiere sino querer lo que uno hace”. Explicaré a lo que me refiero y su relación con el tema que nos ocupa, alcohol y medios de comunicación, aunque será una explicación quizá algo torpe y un poco burda, considerando la complejidad del tema y la brevedad del espacio¹.

El concepto “felicidad” constituye el eje central de todo ser humano. De la humanidad, en realidad y por tanto, de todo grupo social. Es el concepto al que más tiempo solían dedicar los filósofos.

Actualmente apenas quedan filósofos. Han sido sustituidos por los científicos. Y éstos parecen prestar menor atención a esta cuestión, tan difícil de aprehender mediante metodología empírica.

Existen algunos científicos que se han ocupado de ella, sin embargo. Algunos con gran acierto. Por ejemplo, el psicólogo neoyorquino Seligman el cual ha publicado gran cantidad de obras científicas en este campo (ver, por ejemplo: Seligman, 2004).

1. También cuenta en esta torpeza en la presentación las limitaciones propias del autor, qué duda cabe.

Este autor, en esencia, viene a confirmar lo que muchos filósofos decían hace siglos: el dinero no da felicidad, ni siquiera ayuda. Tampoco el poder ni el estatus. En definitiva, nada que proporcione un placer material inmediato. Las mayores tasas de satisfacción aparecen vinculadas a las relaciones humanas y las metas fijadas a largo plazo y que suponen cierto esfuerzo.

Burstein, en su trabajo *Metas personales y bienestar emocional* (Burstein y cols., 1998) ha demostrado empíricamente la importancia de los *motivos implícitos* de cara a la consecución de "bienestar". Los motivos implícitos son "disposiciones inconscientes a experimentar determinados tipos de incentivos como refuerzos".

En definitiva, viene a afirmar que nuestro entorno inculca unos determinados *valores* que actúan como *guías* de lo que nos hará o no felices al realizar nuestras conductas. Estas guías permanecen por debajo del umbral de conciencia del sujeto. Son, por así decir, como el agua para el pez que, a fuerza de estar siempre presente, no sabe que vive en ella.

Este es el substrato de la frase anterior: Felicidad es querer lo que uno hace. Es decir, que las metas de conducta que nos guían (los *scripts*) remitan a los motivos implícitos que se nos han inculcado.

La psicología social cognitiva distingue entre un *sistema motivacional caliente* y otro *frío* (Zelazo y cols., 2012) distinguiendo entre aquel que controla más eficazmente los impulsos mediante controles más racionales y aquel que está más prisionero de los impulsos inmediatos y de los deseos y situaciones más emocionales. El primer sistema está más vinculado a metas y proyectos a largo plazo, mientras que el segundo obtiene refuerzos más inmediatos. Con cierta frecuencia se produce un antagonismo entre ambos. Los trabajos de estos y otros autores enseñan cómo el control de impulsos se inicia desde la infancia y se relaciona con el desarrollo neurológico infantil. Esta gestión de la conducta es más eficaz para la consecución de objetivos que conduzcan al bienestar.

En definitiva, parece que todo apunta a que la frase de Sartre debería ser: "Felicidad no es hacer lo que uno quiere sino querer lo que uno DEBE hacer".

Por consiguiente, un "abordaje integral del problema" debe tener en cuenta estos planteamientos que, como dijimos, podríamos llamar *apriorísticos*. Porque, en definitiva, la cuestión fundamental es: ¿De qué manera está nuestra sociedad educando a sus ciudadanos en la búsqueda del bienestar y la felicidad?

En realidad esta es la pregunta fundamental que debemos hacernos como punto de partida antes de reflexionar sobre la mejor manera de intervenir en este preocupante problema del consumo excesivo de alcohol. Quizá, si no se reflexiona y se **explicitan estos apriorismos**, las intervenciones que se propongan serán como gotas de agua en un páramo.

DEL USO AL ABUSO Y A LA ADICCIÓN

Los psicólogos sociales plantean una premisa sencilla: cuando un producto aparece con alta visibilidad social, provoca accesibilidad cognitiva (recuerdo constante o fácilmente evocable). En estas circunstancias, si el producto no genera costo (económico o social) induce a su adquisición y consumo. Si el producto aparece asociado a la obtención de refuerzos sociales inmediatos, como los mencionados anteriormente, establecidos como estándares de meta en nuestra sociedad, el resultado será

el uso continuado. En este marco, ni siquiera es fácil distinguir cuándo se cruza la línea entre "uso y abuso". Con este tipo de sustancias, algunos autores postulan que no existe diferencia entre abuso y adicción.

En este contexto, los medios de comunicación juegan un papel de extraordinaria importancia, sin duda alguna, pero no son el origen del fenómeno. Los medios actúan como *correa de transmisión* del imaginario colectivo, del *Plan vital* que mueve la sociedad, de la "transcendencia volitiva", como diría el filósofo alemán Spaemann en su obra magna "Felicidad y Benevolencia".

Mientras tanto, debemos *actuar*. Como dice Fichte: ¡actúa! Como una especie de imperativo moral.

Así, en mi opinión, debemos actuar, desde la óptica de los medios, en **tres planos** o niveles:

Un nivel estratégico, de cambio de paradigma: Cultivando en la sociedad los valores y principios que provoquen el desarrollo de los *motivos implícitos* adecuados para una correcta búsqueda del bienestar social. Como dijimos anteriormente: la búsqueda de refuerzos inmediatos y los estándares de acción basados en metas como el poder o el estatus no se han confirmado como los adecuados.

Un nivel táctico, que implica involucrar a:

- Los *policy-makers*.
- Los gestores financieros mediáticos.
- Los líderes de opinión: periodistas (prensa, radio, TV) y creadores (*story-tellers*).

Un nivel operativo que implica el reconocimiento de un cambio de paradigma en la forma y en el fondo:

- En la forma: las redes sociales son la herramienta para generar cambio de actitud mediante persuasión colaborativa y los *mass media* para generar *marcos de referencia social (frames)*.
- En el fondo: los contenidos deben ser realistas, convincentes, aceptables y provocar emociones de auto-eficacia y auto-valoración; lo contrario provoca efecto *boomerang*.

"... ni siquiera es fácil distinguir cuándo se cruza la línea entre "uso y abuso". Con este tipo de sustancias, algunos autores postulan que no existe diferencia entre abuso y adicción".

BIBLIOGRAFÍA

- Brunstein, Joachim C.; Schultheiss, Oliver C.; Grässman, Ruth (1998): Personal goals and emotional well-being: The moderating role of motive dispositions. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 75(2), 494-508
- Berger, Peter L.; Luckmann, Thomas (1966). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu (Ed. De 1986)
- Seligman, M (2004): *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Free Press, 2004
- Zelazo, P. D; Carlson, S. M. (2012). "Hot and Cool Executive Function in Childhood and Adolescence: Development and Plasticity". *Child Development Perspectives*: Vol 4, Issue 4, 354-360, December 2012.

2

¿QUÉ APORTA LA MEDICINA EN EL ABORDAJE INTEGRAL DE LA ADICCIÓN AL ALCOHOL?



José Manuel Garzón Hernández

Médico especialista en medicina familiar y comunitaria.
Experto profesional en salud mental comunitaria.
Responsable del Área Médica de Proyecto Hombre Asturias.

A veces tengo la impresión de que yo creo más en vuestro trabajo y vosotros más en las pastillas.

Un médico de Proyecto Hombre a una terapeuta de Proyecto Hombre

LA MEDICINA, UNA PIEZA DEL ENGRANAJE

Según la última encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España, el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida¹ y entre un 4 y 40% de los trastornos médicos y quirúrgicos están relacionados con el consumo de alcohol², así como 1 de cada 10 muertes de personas en edad laboral. Se trata, por lo tanto, de un problema relevante de salud en el que la medicina es una pieza del engranaje que es el abordaje integral de la adicción al alcohol porque aporta herramientas: **a) preventivas**, educación para la salud en temas relacionados con el consumo de tóxicos y adicciones dirigida al ámbito comunitario; **b) de cribado**, la United States Preventive Services Task Force recomienda hacer cribado de consumo problemático de alcohol en Atención Primaria³; **c) diagnósticas**, consumo de riesgo⁴: más de 14 unidades de alcohol/semana en hombres, más de 7 en mujeres. Consumo problemático⁵: el continuado que impide hacer frente a las obligaciones, en situaciones problemáticas, a pesar de conllevar

problemas sociales e interpersonales o de conocer o padecer problemas físicos y/o psicológicos causados por el alcohol, tolerancia, evidencia de síndrome de abstinencia o consumo para evitarlo o mitigarlo, consumo excesivo en cantidad, frecuencia o continuado en el tiempo, deseo continuo de beber o incapacidad para reducir o suspender el consumo, gran gasto de tiempo diario en buscar, obtener o consumir alcohol, actividades importantes abandonadas o limitadas por culpa de la bebida, *craving* (deseo de beber) presente (siendo leve, si cumple 2-3 criterios; moderado, 4-5; grave, 6 ó más); **terapéuticas** (ya sean farmacológicas, la asociación de fármacos a la psicoterapia en el tratamiento del alcoholismo mejora la adherencia del paciente al tratamiento⁶; como de intervención breve⁷: el consejo médico, dirigido a reducir el uso o alcanzar abstinencia, o a plantear el cambio de hábitos, conlleva un descenso en el consumo de alcohol⁸); y para el **manejo de las complicaciones** físicas, psicológicas y sociales⁹ derivadas del consumo del alcohol mantenido en el tiempo: accidentes o traumatismos, ansiedad, depresión, intento autolítico o suicidio consumado, consumo asociado de otras drogas, hipertensión arterial, síntomas gastrointestinales, síntomas cardíacos, síntomas del sistema nervioso central o periférico, alteraciones electrolíticas, alteraciones del sueño, desórdenes alimentarios, enfermedades hepáticas, afecciones pancreatobiliares, aplasia medular, macrocitosis, enfermedades tumorales (cáncer de boca, de faringe, de esófago, de estómago, hepático, mama...), problemas sociales o legales.

SI SON CIERTAS LAS TEORÍAS DEL REFUERZO NEGATIVO...

Cuando se considera que el consumo de alcohol se mantiene en el tiempo debido a la aparición de tolerancia y síndrome de abstinencia (teorías del refuerzo negativo), el tratamiento se dirige a paliar o evitar el síndrome de abstinencia, que puede aparecer tras solo una semana de consumo excesivo, y se centra en la desintoxicación del paciente alcohólico.

La gravedad del síndrome de abstinencia alcohólica puede objetivarse mediante instrumentos de evaluación estandarizados, como el CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale) que explora, mediante escalas numéricas de gravedad (náuseas y vómitos, alteraciones táctiles, temblor, alteraciones auditivas, sudor, alteraciones visuales, ansiedad, cefaleas, agitación, orientación y funciones superiores), para considerar leve, moderado o grave el síndrome de abstinencia que sufre el paciente y decidir, basándose en este gradiente, la necesidad o no de tratamiento farmacológico de apoyo, la duración del mismo si se instaura y la necesidad o no de ingreso hospitalario para administrarlo. En los pacientes con síntomas leves o moderados del síndrome de abstinencia alcohólica, el tratamiento ambulatorio de desintoxicación alcohólica es igual de efectivo y seguro que el tratamiento hospitalario, con menor coste y mayor accesibilidad.

El cese abrupto del consumo de alcohol sobreexcita el sistema nervioso central, con la presencia, a las 6-12 horas, de insomnio, temblores, ansiedad, molestias gastrointestinales, anorexia, dolor de cabeza, diaforesis y palpitaciones. La aparición de convulsiones, tónico-clónicas generalizadas, suele darse entre las 12 y las 48 horas del último consumo, aunque pueden aparecer a las 2 horas de abstinencia, sobre todo en pacientes con historia de alcoholismo crónico¹⁰. También pueden aparecer

alucinaciones, visuales, auditivas y/o táctiles, con orientación y signos vitales normales. Si no se trata, el síndrome progresará a *delirium tremens*: delirio, agitación, taquicardia, hipertensión arterial, fiebre y diaforesis, en uno de cada tres pacientes.

La desintoxicación persigue controlar los síntomas de abstinencia, prevenir la aparición de convulsiones y delirios, evitar el daño cerebral y conseguir que los pacientes inicien la deshabitación del modo más adecuado posible. Se basa en tres aspectos¹¹:

- **Hidratación:** consumo de abundantes líquidos, zumos, frutas y verduras.
- **Vitaminoterapia:** tiamina (vitamina B1), 100 mg/día por vía oral durante 3-4 semanas. El déficit de tiamina es común en pacientes alcohólicos y puede provocar una encefalopatía de Wernicke (EW), caracterizada por la tríada: encefalopatía (confusión es el síntoma más frecuente), disfunción oculomotora (nistagmus bilateral horizontal) y marcha atáxica (aumento de la base de sustentación y dificultad para despegar la planta de los pies del suelo). Los síntomas pueden aparecer de forma más o menos simultánea, aunque la ataxia suele preceder a los otros en unos pocos días o semanas. Las mujeres son más susceptibles de sufrir EW que los hombres¹². Sólo una parte de los pacientes con alcoholismo desarrollarán EW, por lo que se sospecha una predisposición genética a la aparición de la enfermedad. El síndrome de Korsakoff es una manifestación neuropsiquiátrica tardía de la EW y se caracteriza por amnesia anterógrada y retrógrada, apatía, conservación de la memoria a largo plazo y de otras habilidades cognitivas y fabulación, síntomas que no remiten. Los pacientes no son conscientes de que sufren la enfermedad.
- **Sedación:** diazepam, clordiazepóxido, (benzodiazepinas de vida media larga), lorazepam (de elección en pacientes con hepatopatía o ancianos, al ser de vida media intermedia) o clometiazol, poco seguro en pautas ambulatorias, debido al alto índice de interacciones graves en el consumo junto con alcohol, así como a su gran potencial adictivo. Los anticonvulsivantes (oxcarbacepina, carbamacepina) solos o combinados con tiaprida, pueden ser una alternativa cuando se desee evitar el uso de benzodiazepinas¹³.

El tratamiento de desintoxicación, cuya duración no debería sobrepasar las 3 semanas, debe seguirse, sin solución de continuidad, de un tratamiento multidisciplinar de deshabitación.

ECHANDO UNA MANO A LA PSICOTERAPIA

Los objetivos del tratamiento de deshabitación son la extinción de la conducta condicionada de búsqueda y consumo de alcohol, la adquisición de conciencia de dependencia, el mantenimiento de la motivación a lo largo de todo el proceso, la reorganización de las actividades del paciente con búsqueda de alternativas, la prevención de recaídas y el tratamiento de la psicopatología asociada¹⁴. Los fármacos cumplen un papel importante, aunque son coadyuvantes de las intervenciones psicoterapéuticas, que son la base del abordaje. Se ha demostrado que los mejores resultados en la deshabitación de alcohol se logran a partir de una combinación de estrategias farmacológicas y de intervenciones de tipo psicoterapéutico.

Cuando se considera la dependencia alcohólica únicamente como una consecuencia directa de las capacidades euforizantes y altamente reforzantes del alcohol (teorías del refuerzo positivo), el tratamiento se centra en evitar este refuerzo placentero, utilizando básicamente fármacos:

- **Aversivos:** **Disulfiram:** 250-500 mg/24 horas. Requiere abstinencia previa de, al menos, 24 horas, y sus efectos pueden persistir hasta 14 días. **Cianamida cálcica:** 60 mg/12 horas. Su presentación en solución puede mejorar el cumplimiento. El efecto se extingue en 24 horas. Estos fármacos, en contacto con el alcohol en sangre, provocan un incremento de los niveles plasmáticos de acetaldehído, responsable de la aparición de taquicardia, hipotensión, rubefacción, cefalea, náuseas y malestar gástrico. El tratamiento aversivo debe administrarse de forma supervisada e integrado en un programa de abordaje multidisciplinar. Estos fármacos tienen solo acción punitiva ("como si alguien, cada vez que bebes, te pegara una colleja"). Pierden su eficacia inmediatamente después de su retirada, si no van acompañados del correspondiente tratamiento psicosocial.
- **Anticraving:** **Acamprosato** ha demostrado ser efectivo a largo plazo para mantener la abstinencia. Administrar 2 g/día y mantener, al menos, un año. Modifica el sistema NMDA-glutamato. **Naltrexona**, 50 mg/día, efectiva en la abstinencia a corto plazo. Actúa en el sistema de recompensa a través de los opioides endógenos. **Topiramato**, antiepiléptico que en algún estudio ha demostrado eficacia al reducir el consumo de alcohol con dosis de 300 mg/día¹⁵. **Nalmefeno**, agonista opiáceo que, en dosis de 18 mg y con toma a demanda, se utiliza para disminuir el deseo de beber alcohol, con el objetivo de reducir los daños que provoca el consumo, no de alcanzar la abstinencia. Superior a placebo en algunos estudios, no así al resto de fármacos que se utilizan en la deshabituación.

EN RESUMEN: UNA HERRAMIENTA VALIOSA

La medicina es una herramienta valiosa en el abordaje de las personas con adicción al alcohol. Precisa en el diagnóstico, esencial en el control de los síntomas y las complicaciones que puedan surgir en la desintoxicación y adyuvante de la psicoterapia durante la deshabituación. Su influencia se multiplica cuando se integra en un programa interdisciplinar de intervención biológica, psicológica y social.



“SE HA DEMOSTRADO QUE LOS MEJORES RESULTADOS EN LA DESHABITUACIÓN DE ALCOHOL SE LOGRAN A PARTIR DE UNA COMBINACIÓN DE ESTRATEGIAS FARMACOLÓGICAS Y DE INTERVENCIONES DE TIPO PSICOTERAPÉUTICO”.

BIBLIOGRAFÍA

1. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES). 2013. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2015.
2. Magruder-Habib K, Durand AM, Frey KA. Alcohol abuse and alcoholism in primary health care settings. *J Fam Pract.* 1991 Apr;32(4):406-13.
3. Kaner EF, Dickinson HO, Beyer F, Pienaar E, Schlesinger C, Campbell F, Saunders JB, Burnand B, Heather N. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. *Drug Alcohol Rev.* 2009;28(3):301.
4. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Helping patients who drink too much: A clinician's guide. NIH Publication no. 05-3769, Bethesda, MD 2005.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.
6. Ruz I, Álvarez J. Tratamiento farmacológico del alcoholismo en Atención Primaria de Salud. *AMF* 2013;9(2):97-103.
7. U.S. Preventive Services Task Force. Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2004;140(7):554.
8. Whitlock EP, Polen MR, Green CA, Orleans T, Klein J, U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2004;140(7):557.
9. Saitz R. Medical and surgical complications of addiction. In: Principles of Addiction Medicine, 5th ed., Ries RK, Fiellin A, Miller SC, Saitz R. (Eds), American Society of Addiction Medicine, Chevy Chase, MD 2014. p.1062
10. Victor M, Brausch C. The role of abstinence in the genesis of alcoholic epilepsy. *Epilepsia.* 1967;8(1):1.
11. Alcoholismo. Guías clínicas Socidrogalcohol basadas en la Evidencia Científica. Ediciones Socidrogalcohol. 2014.
12. Victor, M, Adams, RA, Collins, GH. The Wernicke-Korsakoff syndrome and related disorders due to alcoholism and malnutrition. FA Davis, Philadelphia 1989.
13. Carreño JE, Campos R, Bobes J. Situación actual de los programas de desintoxicación. ¿Cuándo y dónde desintoxicar? *ADICCIONES* (2005), vol. 17, supl. 2.
14. Ballcells M, Gual A. Farmacoterapia de la deshabituación alcohólica. *ADICCIONES* (2002), vol. 14, supl. 1.
15. Paparrigopoulos T, Tzvelas E, Karaiskos D, Kourlaba G, Liappas I. Treatment of alcohol dependence with low-dose topiramate: an open-label controlled study. *BMC Psychiatry* 2011, 11:41.

3

MUJERES ADOLESCENTES ANTE EL CONSUMO INTENSIVO DE ALCOHOL: CONQUISTANDO ESPACIOS Y ASUMIENDO RIESGOS

Nuria Romo Avilés

Directora del Instituto Universitario
de Investigación de Estudios de las
Mujeres y de Género de la Universidad
de Granada.

El género delimita, define y expresa más bien una posición social que tiene la función de construir a los individuos históricamente en "hombres" y en "mujeres" por un proceso de apropiación subjetiva de sus normativas y representaciones.

Molina: 2003,131

Las conductas que entrañan riesgos para la salud no han sido importantes en la construcción de la identidad femenina tradicional (Meneses, C., Gil, E., Romo, N., 2010). La investigación intergeneracional de los comportamientos de riesgo nos dice que en las últimas décadas se han incrementado las conductas de riesgo entre las chicas adolescentes comparadas con la generación de sus madres, y que se ha producido una reducción en la distancia tradicional de los chicos y chicas a la hora de asumir riesgos (Abbott-Chapman, J., Denholn, C., y Wyld, C., 2007). Puede que el avance hacia la igualdad conlleve para las chicas adolescentes la incorporación de conductas de riesgo consideradas típicamente como masculinas.

El género debe de ser entendido en el contexto de las relaciones de poder que se dan en la construcción de las identidades sociales (Mahalingam et al, 2008). La clase social, etnicidad-raza, orientación sexual, edad o religión contribuyen a generar experiencias de opresión, desigualdad o privilegio y su consideración como categorías analíticas nos puede ayudar a entender cómo se organizan las conductas de riesgo en torno al consumo de drogas legales como el alcohol.

La frase de Measham "doing gender doing drugs" (2002), señala la conexión entre identidad de género y uso de sustancias, que probablemente sea clave en la configuración de la personalidad del adolescente. Una perspectiva feminista ayuda a visibilizar las razones del consumo de las sustancias, alejadas de su carácter legal o ilegal, y visibiliza las conductas de riesgo y los posibles daños desde el punto de vista de la salud pública.

En España, los últimos datos del consumo de drogas muestran cómo, desde la década de los años noventa del s. XX, las chicas sobrepasan con amplitud a los varones en el consumo de drogas legales (Romo Avilés, N.; Meneses, C. y Gil E., 2014). Esto ha provocado que se intensifique el debate sobre el consumo de alcohol y está obligando a repensar la influencia del sistema de género, así como sus implicaciones en las conductas que se relacionan con la salud, como aquellas que tienen relación con el consumo de drogas legales e ilegales.

La Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Secundaria (ESTUDES) permite hacer una radiografía básica sobre el consumo de alcohol (DGPNSD 2014). Según dicha encuesta, dirigida entre jóvenes de 14 a 18 años, aumenta el consumo de alcohol, sobre todo, entre los más jóvenes (14-15 años). El 81'9% de la muestra consume alcohol, estando dicho consumo más extendido entre las chicas. Aumenta la presencia de las chicas, a las edades más tempranas (14, 15 y 16), para patrones de consumo intensivo. La edad media de inicio al consumo se sitúa en 13'9 años. A los 14 años, el 63'1 % de la muestra ya ha consumido alcohol. A la edad de 16 años, más de la mitad de los jóvenes se ha emborrachado en el último año, aumentando dicho porcentaje con la edad. A los 14, 15 y 16 años el porcentaje de chicas que se emborracha es mayor que el de chicos. El patrón en relación al *binge drinking* es similar. El 62% de la muestra declara haber realizado botellón, siendo el porcentaje similar entre chicos y chicas. Son más habituales los consumos intensivos (*binge drinking* y borracheras) entre los que hacen botellón que entre los

que no lo hacen. Dicho consumo intensivo de alcohol, se asocia también a un mayor uso de drogas ilegales (policonsumo).

Estos cambios en las tendencias epidemiológicas han llevado a considerar el consumo de alcohol un importante símbolo de género. Esto ha sido particularmente evidente en torno a la conexión entre género y consumo de alcohol en espacios públicos (Measham & Østergaard, 2009). Tradicionalmente, el consumo público ha sido descrito como una forma de demostración de masculinidad; una práctica que, descrita en sentido performativo, pone en valor la representación de comportamientos asociados a la capacidad de aguante y la adopción de riesgos. Desde esta perspectiva, los mayores consumos de sustancias de las jóvenes de la generación actual podrían interpretarse como estrategias que reducen las diferencias de género, introduciendo cambios en las interacciones sociales, lo que contribuye a desafiar las nociones tradicionales de masculinidad y feminidad (Månsson, 2014; Measham, 2008).

Las chicas están redefiniendo el sistema de género a través de prácticas relacionadas con el consumo de alcohol. Los cambios en los patrones normativos de consumo están contribuyendo a revelar toda una serie de rupturas de género dentro de la sociedad española. Rupturas que tienen que ver, en primera instancia, con el hecho de que las adolescentes asocien el consumo de alcohol al placer, así como a hacerlo en espacios públicos.

Esta situación no correlaciona con una mayor aceptación social del consumo de alcohol de las mujeres (Plant & Plant 2006). Lo podemos ver como una consecuencia del incremento de los derechos y libertades de las mujeres. Sin embargo, suele llevar consigo implicaciones morales y la reproducción de discursos tradicionales sobre la feminidad (Day et al 2004). Las chicas que beben "al mismo nivel" que los chicos están subvirtiendo normas y virtudes de una *feminidad apropiada* proyectada por la sociedad. De ahí que haya autores que señalan que el consumo de alcohol por parte de las chicas se aleja de los discursos del placer, para subrayar el sentido problemático (Rolfe et al., 2009).

"Pánico moral" en relación al consumo de alcohol de las chicas que suele estar conectado a la desinhibición sexual, al miedo a que desarrollen una sexualidad más proactiva, en las que los chicos pasen a convertirse en los objetos del deseo y ellas en las "depredadoras sexuales" (Bloomfield et al., 2006).

No sabemos si "beber como un chico" puede ser relacionado, siguiendo la conceptualización de Spencer (2014), con la idea de "empoderamiento transformador" y/o si de forma paralela, actúa como un factor que contribuye a potenciar ciertas vulnerabilidades, como el hecho de aumentar los casos de relaciones sexuales no deseadas.

"Los cambios en los patrones normativos de consumo están contribuyendo a revelar toda una serie de rupturas de género dentro de la sociedad española".

El incremento en la iniciación al uso y en el abuso de alcohol, tabaco y otras drogas legales e ilegales entre las chicas jóvenes nos lleva a cuestionarnos si las estrategias de prevención están produciendo los resultados esperados entre las chicas. En el caso del consumo de alcohol, la literatura científica ha subrayado cómo las chicas suelen emplear, en mayor medida que los varones, estrategias protectoras ante el consumo de alcohol (Rosenberg et al., 2011; Benton et al., 2004).

Quizás lo que necesitamos cambiar es el contexto de desigualdad en el que se consumen las sustancias y no trabajar sobre grupos específicos. Esto conllevaría priorizar el empoderamiento de las mujeres de cara a su desarrollo en distintos contextos de desigualdad, no solo en los contextos de consumo de alcohol.

BIBLIOGRAFÍA

- Abbott-Chapman, J., Denholm, C. & Wyld, C. (2008), Gender differences in adolescent risk-taking: have they diminished? An Australian Intergenerational study, *Youth and Society* 40:1, 131-154.
- Amaro, Hortensia; Blake, Susan M.; Schwartz, Pamela M.; Flinchbaugh, Laura J. (2001), Developing Theory-Based Substance Abuse Prevention Programs for Young Adolescent Girls *The Journal of Early Adolescence*. 21:3, 256-293.
- Armstrong, K.; Watling, H.; Davey, J. y Darvell, M. (2014). A qualitative exploration of young women's drinking experiences and associated protective behaviours. *Journal of Youth Studies*, 17, (6), 749-762.
- Benton, S.L.; Schmidt, J.L.; Newton, F.B.; Shin, K.; Benton, S.A. y Newton, D.W. (2004). College Student Protective Strategies and Drinking Consequences. *Journal of Studies on Alcohol*, 65, (1), 115-121.
- Bloomfield, K.; Gmel, G. y Wilsnack, S. (2006). Introduction to Special Issue: 'Gender, culture and alcohol problems: A multinational study', *Alcohol and Alcoholism*, 41, (Suppl 1), 13-17.
- Day, K.; Gough, B. y McFadden, M. (2004). 'Warning! Alcohol can seriously damage your feminine health': A discourse analysis of recent British newspaper coverage of women and drinking. *Feminist Media Studies*, 4, (2), 165-183.
- Månsson, E. (2014). Drinking as a Feminine Practice: Post-Feminist images of women's drinking in Swedish women's magazines. *Feminist Media Studies*, 14, (1), 56-72.
- Measham, F. y Østergaard, J. (2009). The Public Face of Binge Drinking: British and Danish young women, recent trends in alcohol consumption and the European binge drinking debate. *Probation Journal*, 56, (4), 415-434.
- Measham, F. (2002). "Doing gender" – "doing drugs": Conceptualising the gendering of drug cultures. *Contemporary Drug Problems*, 29, (2), 335-373.
- Meneses C, Gil E, y Romo N. (2010). Adolescentes, situaciones de riesgo y seguridad vial. *Atención Primaria*. 42: 9, 452-462.
- Plant, M.L. (2008). The role of alcohol in women's lives. *Journal of Substance Use*, 13, 155-191.
- Rolfe, A.; Orford, J. y Dalton, S. (2009). Women, alcohol and femininity. A discourse analysis of women heavy drinkers' accounts. *Journal of Health Psychology*, 14, 326-335.
- Romo Avilés, N.; Meneses, C. y Gil E. (2014). "Learning to be a girl". Gender, risks and legal drugs amongs Spanish teenagers. En Ortiz T. y Santesmases M.J. (eds.) *Gendered Drugs and Medicine: Historical and Socio-Cultural Perspectives*. Farnham: Ashgate.
- Rosenberg, H.; Bonar, E.E.; Hoffmann, E.; Kryszak, E.; Young, K.M.; Kraus, S.W.; Ashrafoun, L.; Bannon, E.E. y Pavlick, M. (2011). Assessing University Student's Self-efficacy to Employ Alcohol-related Harm Reduction Strategies. *Journal of American College Health*, 59, (8), 736-742.

4

PATOLOGÍA DUAL Y ALCOHOLISMO: ¿UNA REALIDAD ESCONDIDA?



Carlos Roncero

Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal. Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona (España). Centro de Atención a las Drogodependencias (CAS) Vall d'Hebron. Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario Vall d'Hebron -Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB), CIBERSAM. Barcelona.

Jesús Pérez-Pazos

Programa de Alcohol. CAS Vall d'Hebron. Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario Vall d'Hebron -ASPB, CIBERSAM. Barcelona.

Marta Sorribes

Programa de Alcohol. CAS Vall d'Hebron. Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario Vall d'Hebron -ASPB, CIBERSAM. Barcelona.

Alfonso Abad

Programa de Alcohol. CAS Vall d'Hebron. Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario Vall d'Hebron -ASPB, CIBERSAM. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol está asociado con una elevada morbilidad y mortalidad, siendo la causa subyacente de más de 60 enfermedades médicas y neuropsiquiátricas¹. Su uso es habitual en nuestra sociedad, sin embargo no todos los consumidores desarrollarán un trastorno por uso de alcohol (TUA). Esta realidad se explica porque existen factores predisponentes y protectores, tanto individuales como ambientales, para el desarrollo de la adicción. Los Trastornos Mentales (TM), factores de personalidad (impulsividad, búsqueda de sensaciones, emocionalidad negativa, etc.) y la capacidad intelectual, serían factores de vulnerabilidad². El consumo de alcohol actúa como un factor predisponente o inductor para el desarrollo de síntomas y otros TM y viceversa, la adicción puede desarrollarse durante el curso evolutivo de otro TM¹.

La existencia de patología dual determina una peor evolución y pronóstico; presentando mayor riesgo de problemas psico-sociales, recaída y suicidio¹. En este sentido la gravedad clínica y social de los pacientes duales con TUA y las dificultades terapéuticas que suponen, hacen necesario profundizar en el conocimiento de sus bases neurobiológicas y en la mejor caracterización clínica y diagnóstica. Por otro lado, tanto los gestores de las políticas sanitarias como los profesionales de la salud mental deben trabajar en el desarrollo de tratamientos multidisciplinares (farmacológicos y psicosociales) aplicados por profesionales entrenados y en dispositivos bien integrados dentro de la red asistencial².

EPIDEMIOLOGÍA

Aunque los resultados epidemiológicos pueden variar entre los estudios, principalmente por diferencias metodológicas (herramientas de *screening*, criterios, población diana, etc.), en los diversos trabajos se documenta la elevada prevalencia de otros trastornos psiquiátricos en la población que padece un TUA. Las patologías más frecuentes son los trastornos afectivos, ansiosos y los de personalidad. Uno de los primeros grandes estudios es el Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study³, en el que se describió una prevalencia de TUA del 13'5%; dentro de esta población se encontró que un 37% de los sujetos padecía además, a lo largo de la vida, otro trastorno mental, y un 21% presentaban otro trastorno por uso de sustancias diferente al alcohol, cifras que son claramente superiores a las de la población general, donde se estima entre el 15-20%⁴⁻⁵. Otros estudios son el NESARC⁶⁻⁷ y el National Comorbidity Survey (NCS)⁸. En España, existen varios trabajos sobre la patología dual en dependientes del alcohol⁹⁻¹⁰. El más reciente fue desarrollado por la Sociedad Española de Patología Dual, el denominado Estudio Madrid¹¹. En él se describe mayor presencia de trastorno bipolar y trastornos de ansiedad que en otras poblaciones de drogodependientes y la gran prevalencia de policonsumo, siendo la cocaína y el cannabis los más asociados. Por otra parte, existe un riesgo de suicidio en torno al 34%, siendo éste superior al presente en otros trastornos por uso de sustancias. Finalmente, se puede destacar la presencia de trastornos de personalidad: entre el 50 y el 75%, siendo los más frecuentemente asociados el Cluster B (antisocial y límite, seguidos de obsesivo, evitativo y paranoide)¹¹. Otros trastornos, como el TDAH o la ludopatía, que aunque han sido menos estudiados, se presentan entre el 19-42%¹³⁻¹⁴ y el 15-55%¹⁵ respectivamente.

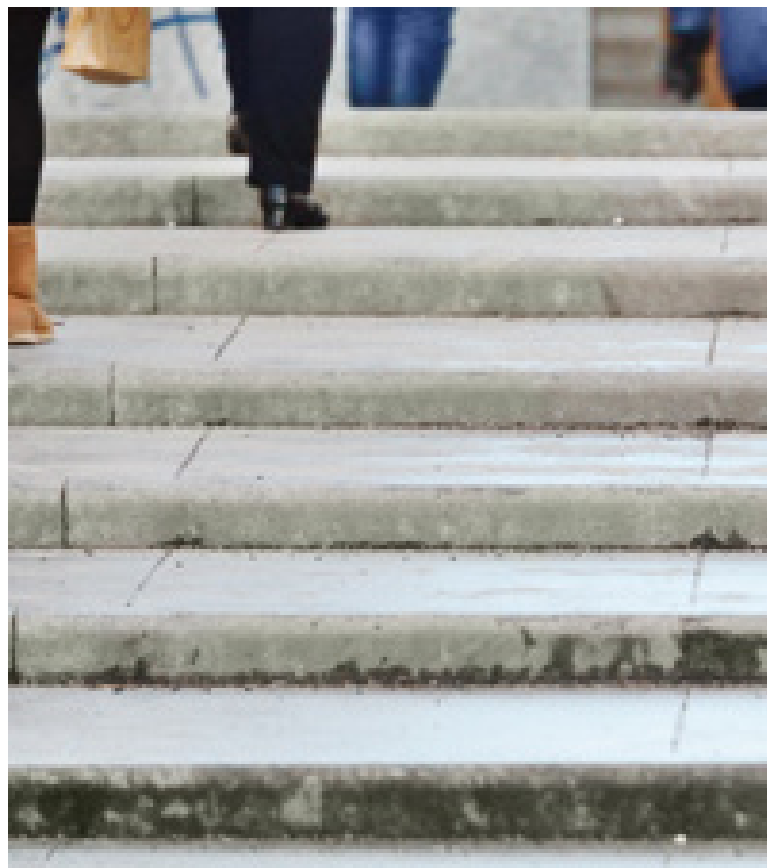
MODELOS EXPLICATIVOS

Aunque se podría plantear que la asociación entre el alcoholismo y los otros TM es un fenómeno casual, esta hipótesis es poco plausible debido a la gran frecuencia de aparición. Por ello, la patología dual debe ser explicada por teorías que incluyan los fenómenos clínicos y que estén basados en los conocimientos de la neurobiología actual. Es difícil explicar con una sola hipótesis por qué existe una estrecha relación entre el consumo de alcohol y la patología dual. Algunos autores han planteado que su consumo serviría para disminuir o mitigar parte de los síntomas de ansiedad, estrés, insomnio, etc. que pueden presentar los pacientes con otros TM o con rasgos de personalidad desadaptativos¹⁶⁻¹⁷. Esta teoría es la llamada "teoría de la automedicación", y sostiene que el paciente, en un intento de automedicarse acaba generando la adicción. En este sentido se ha descrito que algunas dimensiones de la personalidad se asocian con la adicción¹⁸. Otros autores han planteado que el consumo de un depresor del sistema nervioso central, como es el alcohol, puede generar o activar TM que, de otra manera, no aparecerían. Posiblemente para que aparezcan estos trastornos se debe presentar una vulnerabilidad genética. Finalmente se ha planteado que existía una vulnerabilidad común para el desarrollo de trastornos relacionados con el alcohol y con otros TM (depresión, ansiedad, etc.). Posiblemente estas teorías sean complementarias y existan pacientes que puedan ser explicados preferentemente por una de ellas.

"OTROS AUTORES HAN PLANTEADO QUE EL CONSUMO DE UN DEPRESOR DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, COMO ES EL ALCOHOL, PUEDE GENERAR O ACTIVAR TM QUE, DE OTRA MANERA, NO APARECERÍAN".

IMPORTANCIA DE LA PATOLOGÍA DUAL

La detección de los trastornos es compleja y permanece escondida ya que los síntomas se pueden confundir con los propios de los cuadros de intoxicación, abstinencia o consumo mantenido. Todo ello, a pesar de debido a su presencia, los pacientes tienden a consultar más en los servicios de salud mental o de adicciones. Además, su presencia implica peor evolución, más consumo y un mayor riesgo de problemas psicosociales, recaídas y de suicidio¹⁹⁻²⁰. Existen algunas peculiaridades que deben ser destacadas:



XVII Jornadas de la Asociación Proyecto Hombre

Los Trastornos Afectivos podrían ser inducidos por el consumo de alcohol siendo transitorios y mejorando con la abstinencia, presentando clínica atípica (p.ej: cuadros mixtos, mayor irritabilidad). Por otra parte, si el trastorno es primario existe un mayor riesgo de recurrencia. En los pacientes con Trastorno Bipolar se ha observado una mayor tendencia a la depresión y a la ciclación. Por ello, para un adecuado diagnóstico y tratamiento es imprescindible una correcta anamnesis, atendiendo a la cronología de los síntomas.²¹⁻²²

Los Trastornos de Personalidad más frecuentemente son los del cluster B y C¹¹. Debido a la impulsividad de los pacientes con trastornos del Cluter B, su asociación puede comportar mayores problemas sociales y legales, un inicio precoz del consumo, así como mayor influencia externa en el consumo.²³

Los Trastornos de Ansiedad pueden ser inducidos, en personas vulnerables, en relación a las pérdidas socio-económicas y legales o podrían preceder a la adicción, utilizando el alcohol como un ansiolítico o incluso como hipnótico, para el frecuente insomnio.²⁴

El National Institute on Drug Abuse (NIDA), publicó los principios básicos para el tratamiento efectivo en drogodependencias, advirtiendo que en los pacientes duales se deben tratar ambos trastornos de forma integrada y resaltando la importancia de la individualidad del tratamiento y del abordaje farmacológico y psicosocial para incrementar la efectividad²⁵. Dada la complejidad de los pacientes es necesario un abordaje con equipos multidisciplinares debidamente capacitados. Los objetivos del tratamiento son conseguir el cese del consumo

y la estabilización de los otros trastornos psiquiátricos¹. Desgraciadamente, hay un elevado y prematuro abandono de los tratamientos del paciente dual, por lo que es importante que la primera intervención vaya dirigida a afianzar la alianza terapéutica, atender los síntomas psiquiátricos y evaluar el grado de motivación. En este sentido pueden ayudar técnicas de la Entrevista Motivacional (EM), integrando aspectos de la "terapia centrada en el cliente" con estrategias cognitivo-conductuales dirigidas a motivar el cambio siguiendo el modelo transteórico de cambio formulado por Prochaska y DiClemente en los años ochenta. El principio fundamental de la EM es que todo proceso de cambio supone unos costes, con lo que es preciso que la persona esté motivada para afrontar esos costes iniciales para llegar a alcanzar los beneficios, para ello hay que evitar la confrontación, expresar empatía, explorar y averiguar lo que el paciente espera y necesita para facilitar que sea el paciente quien verbalice sus motivos de preocupación que serán los que van a favorecer el cambio²⁶. Promover la motivación para el cambio, la concienciación de la enfermedad y la adherencia al tratamiento, son aspectos fundamentales para iniciar un proceso lento de internalización y estabilización de la enfermedad dual. Estos objetivos son complejos ya que son pacientes que padecen más recaídas¹ que los que tienen como diagnóstico único el TUA, y además se añaden los episodios de reagudización psicopatológica. Todo ello obliga a revisar continuamente el plan terapéutico, evaluar el papel del alcohol con relación a los sentimientos y comportamientos problemáticos y aprender a identificar y resolver los problemas sin consumir. Hay numerosas técnicas (técnicas de entrenamiento en habilidades de afrontamiento, entrenamiento en habilidades sociales y comunicación, entrenamiento en relajación, solución de problemas, prevención de recaídas^{27,28}) que ayudan al profesional, unas u otras serán más adecuadas según el momento en que se encuentre el paciente, sus características individuales y el tipo de patología dual que presente. Con los pacientes duales la intervención en red es fundamental. La unidad de adicciones, del Hospital Vall d'Hebron, desde el año 2007 colabora con Proyecto Hombre realizando procesos diagnósticos y evaluaciones psicológicas regladas, en alguno de sus pacientes. El objetivo de la colaboración es poder detectar los pacientes que presentan patología dual, síntomas subumbrales y rasgos de personalidad desadaptativos que deban ser abordados para mejorar la evolución de los pacientes.



"Promover la motivación para el cambio, la concienciación de la enfermedad y la adherencia al tratamiento, son aspectos fundamentales para iniciar un proceso lento de internalización y estabilización de la enfermedad dual".

CONCLUSIONES

La patología dual es muy frecuente en pacientes dependientes del alcohol, como demuestran todos los estudios epidemiológicos. Puede ser complicado detectarla, ya que algunos síntomas se pueden confundir con los propios de los cuadros de abstinencia, intoxicación o consumo mantenido de alcohol. En el abordaje del paciente alcohólico dual se debe integrar un adecuado tratamiento psicofarmacológico, junto a un abordaje personalizado, que en muchas ocasiones debe incluir a la familia. El trabajo en red aporta beneficios, ya que permite que se puedan clarificar los casos complejos.



BIBLIOGRAFÍA

- Casas M, Gual A. Patologías psiquiátricas asociadas al alcoholismo. *Adicciones* 2002; 14 (1):195-219.
- Torrens M. Patología Dual: situación actual y retos del futuro. *Adicciones* 2008; 20 (4): 315-319.
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990; 264, 2511-8.
- Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Pickering RP. Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: Results from the National epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2004, 61, 361-368.
- Wüstoff L, Waal H, Ruud T, Grawe R. A cross-sectional study of patients with and without substance use disorders in Community Mental Health Centres. *BMC Psychiatry*. 2011, 11:93.
- Grant BF, Stinson FS, Hasin DS, et al. Prevalence, correlates, and comorbidity of Bipolar I disorder and axis I and II disorders: Results from the National epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*. 2005, 66, 1205-15.
- Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2007, 64, 830-842.
- Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 54, 313-21.
- Gual, A. Dual diagnosis in Spain. *Drug and Alcohol Review*. Jan 2007, 26, 65-71.
- Landa N, Fernández-Montalvo J, López-Goñi JJ, Lorea I. Comorbilidad psicopatológica en el alcoholismo: Un estudio descriptivo. *Int J Clin Health Psychol*. 2006, 6, 2: 253-69.
- Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C, Ochoa E, Poyo F, Babín F. Madrid study on the prevalence and characteristics of outpatients with dual pathology in community mental health and substance misuse services. *Adicciones*, 2013; 25 (2): 118-27.
- Preuss UW, Johann M, Fehr C, et al. Personality disorders in alcohol-dependent individuals: relationship with alcohol dependence severity. *Eur Addict Res*. 2009;15(4):188-95.
- Van Emmerik-van Oortmerssen K, van de Glind G, van den Brink W, et al. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2012;1;122(1-2):11-9.
- Daigre C, Terán A, García-Vicens V, Roncero C. Attention deficit hyperactivity disorder and Central Nervous System Depressants dependence. A review. *Adicciones*. 2013; 25(2):171-186.
- Slutske WS, Eisen S, True WR, et al. Common genetic vulnerability for pathological gambling and alcohol dependence in men. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(7):666-73.
- Casas M. Trastornos Duales. (2000) En: Vallejo J. GastóC. Trastornos afectivos: Ansiedad y Depresión (2ª Ed.) Masson. Barcelona.
- Khantzian E. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine. *Harv Rev Psychiatry*. 1985;142:1259
- Valero S, Daigre C, Rodríguez-Cintas L, Barral C, Gomà-i-Freixanet M, Ferrer M, Casas M, Roncero C. Neuroticism and impulsivity and its hierarchical organization in personality characterization of drug dependence patients under a tree decision learning perspective. *Comprehensive Psychiatry*. 2014;55(5):1227-33.
- Yaldizli O, Kuhl HC, Graf M, Wiesbeck A, Wurst FM. Risk factors for suicide attempts in patients with alcohol dependence or abuse and a history of depressive symptoms: A subgroup analysis from the WHO/ISBRA study. *Drug and Alcohol Review*. 2010, 29, 64-74.
- Boschloo L, Vogelzangs N, van den Brink W, et al. Alcohol use disorders and the course of depressive and anxiety disorders. *Br J Psychiatry*. 2012, 200:476-484
- DeVido JJ, Weiss RD. Treatment of the Depressed Alcoholic Patient. *Curr Psychiatry Rep*. 2012, 14(6): 610-618.
- Conner KR, Pinquart M, Gamble SA. Meta-analysis of depression and substance use among individuals with alcohol use disorders. *J Subst Abuse Treat*. 2009, 37, 127-37.
- Martínez-González JM, Graña JL, Trujillo HM. Influence of personality disorders and consumption patterns on the efficacy of a relapse-prevention program for the treatment of alcoholism. *Adicciones*. 2009, 21 (2), 105-112.
- Kushner MG, Abrams K, Thuras P, Hanson KL, Brekke M, Sletten, S. Follow-up study of anxiety disorder and alcohol dependence in comorbid alcoholism treatment patients. *Alcohol ClinExp Res*. 2005; 29(8):1432-43.
- National Institute on Drug Abuse. Principles of Drug Addiction Treatment: A research-Based Guide. 1999
- Miller WR, Rollnick, S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press. 1991
- Beck AT, Wright F, Newman CF, Liese B. Terapia Cognitiva de las Drogodependencias. Barcelona: Paidós. 1999
- Longabaugh R, Morgenstern J. Cognitive-Behavioral Coping-Skills Therapy for Martín, L.J. Alcohol Dependence. *Alcohol Research & Health*, 1999.

5

ABORDAJE DEL CONSUMO DE DROGAS EN EL ÁMBITO LABORAL

*Cada mañana bostezas, amenazas al despertador,
Y te levantas gruñendo, cuando todavía duerme el sol.
Mínima tregua en el bar, "café con dos de azúcar y croissant".
El metro huele a podrido, carne de cañón y soledad.*

Joaquín Sabina. Caballo de Cartón. En "Ruleta Rusa" (1984)

Gorka Moreno Arnedillo

Psicólogo. Máster en Comunicación y Salud (Universidad Complutense de Madrid). Máster en Programas de Intervención Psicológica en Contextos Educativos (Universidad Complutense de Madrid). Especialista en Gestión Clínica en Salud Mental (Universidad de Deusto). Adjunto a Dirección en la Fundación Proyecto Hombre Navarra.



EL IMPACTO DEL CONSUMO DE DROGAS EN EL ÁMBITO LABORAL

Son muchos los motivos que sustentan la pertinencia de desarrollar acciones en las empresas y centros de trabajo para la prevención y el abordaje del consumo de alcohol y/o otras drogas (en adelante se hará referencia de forma genérica al "consumo de drogas", dando por supuesta la inclusión del alcohol).

En primer lugar, el consumo de drogas en las empresas tiene importantes repercusiones en términos de seguridad y de productividad. Así, por ejemplo:

- Entre un 15 y un 33% de los accidentes de trabajo con víctimas tiene relación con el uso indebido de drogas, según la Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Los trabajadores con problemas de consumo presentan un absentismo laboral de 2 a 3 veces superior al del resto de los trabajadores (OIT).
- Las **bajas** por enfermedad de los trabajadores dependientes tienen un coste 3 veces superior al del resto de los empleados (Ochoa y Madoz, 2008).

- Entre un 15 y un 40% de los expedientes disciplinarios en las empresas tienen relación con el consumo de drogas (SET, 2006).
- Además, son múltiples las referencias entre las propias personas trabajadoras a situaciones problema asociadas al consumo en el ámbito laboral, como el bajo rendimiento, el mal ambiente de trabajo, el absentismo o los despidos (por ejemplo, OED, 2011). En este mismo sentido, hay estudios que señalan que un 24% de trabajadores consideran por ejemplo que el alcohol es un problema en su empresa, y que hasta un 46% conoce a algún trabajador que ha podido tener un problema de dependencia (UGT Navarra, 2013).

En segundo lugar, las empresas son un fiel reflejo de la sociedad, y la presencia en su seno de personas trabajadoras consumidoras de drogas guarda una proporción similar a la de la población general (OED, 2011), con la particularidad de que el trabajo representa un contexto que en sí mismo podría considerarse de abuso, es decir, asociado a riesgos.

En tercer lugar, prácticamente la mitad de las personas atendidas en los centros de tratamiento forman parte de la población activa (Asociación PH, 2014). Esta realidad nos ha permitido constatar de primera mano, tanto las posibles repercusiones negativas de esta situación en el ámbito del trabajo como el positivo impacto en el pronóstico del tratamiento de algunas empresas que se comprometen activamente en el tratamiento de sus empleados.

POR DÓNDE EMPEZAR

ASIGNAR LA RESPONSABILIDAD DE DINAMIZAR EL PLAN

Para la puesta en marcha de un plan de empresa puede resultar útil crear un grupo de trabajo, preferentemente desde el Servicio de Prevención en Riesgos Laborales, que coordine las actuaciones y favorezca la participación de todas las partes implicadas. Para ello, se pueden utilizar algunas de las estructuras de participación ya existentes, como el Comité de Seguridad y Salud, o incluso crear un grupo de seguimiento específico, si la empresa es lo suficientemente grande o si existe un interés especialmente relevante en su ejecución.

FAVORECER LA PARTICIPACIÓN Y LA MOTIVACIÓN DE TODOS LOS GRUPOS DE INTERÉS

Dada la naturaleza especialmente sensible del fenómeno del consumo de drogas en el ámbito laboral, uno de los predictores clave de éxito en la implantación de los programas de prevención y abordaje es el logro de una implicación positiva en el proyecto de todos los agentes implicados, desde la dirección de la empresa hasta el conjunto de los trabajadores. Contar con la participación de todos ellos en el proceso de definición y puesta en marcha del plan, escuchar sus preguntas y sus inquietudes, y explicar los motivos de su implantación son pues elementos de especial relevancia en el desarrollo de planes de actuación de las empresas.

Los beneficios de su implantación son muy importantes, y afectan a los intereses de todos los agentes implicados. Desde esta perspectiva, es importante que la presentación del Plan sea sensible a los intereses y necesidades particulares de cada una de las partes, facilitando un consenso o acuerdo marco bajo la perspectiva del "todos ganan".

Los empresarios y directivos podrán obtener beneficios en relación con el cumplimiento de sus obligaciones en materia de seguridad y salud de sus trabajadores, la prevención de accidentes asociados al consumo, la resolución positiva y ágil de casos de abuso o dependencia, la productividad, la competitividad y el clima social de la empresa, la promoción de la responsabilidad social y de la imagen social positiva asociada a la misma, o el compromiso y la responsabilización de los trabajadores afectados por problemas de drogas en sus propios procesos de tratamiento, en el marco del plan de actuación que se establezca de común acuerdo. Los trabajadores, a su vez, podrán obtener beneficios en relación con la seguridad en el desempeño de su trabajo, previniendo situaciones de riesgo para sí mismos y/o para sus compañeros, con la facilitación de recursos y ayudas para el afrontamiento de problemas de abuso o dependencia, y con el compromiso de la empresa de reservar su puesto de trabajo mientras dure el proceso asistencial, en el caso de trabajadores sometidos a tratamiento.

Por todos estos motivos será importante resaltar el carácter de acuerdo y consenso del plan de actuación, clarificando en el mismo los tipos de ayudas, compromisos y garantías ofrecidos por la empresa, y los compromisos adquiridos por los trabajadores/as en la prevención de riesgos y en la participación en los tratamientos facilitados por la empresa de aquellos que se acojan a las ayudas establecidas.

AVANZAR UNOS PRINCIPIOS RECTORES

Estos principios establecen unas bases previas o "reglas del juego" a partir de la cual podrán establecerse consensos entre todas las partes interesadas. Avanzar estos criterios mínimos del plan a cada una de las partes interesadas puede ser una buena



XVII Jornadas de la Asociación Proyecto Hombre

manera de motivar a participar en su gestión, evitar resistencias y generar confianza entre la dirección de la empresa y los empleados. Entre estos criterios mínimos de un plan de empresa sobre los que constituir un plan aceptado por todos estarían los siguientes:

- El respeto a la **confidencialidad**: la información referente a un trabajador con problemas de drogas debe manejarse de forma estrictamente confidencial.
- La preponderancia de ayudar a los trabajadores afectados, respecto de la mera aplicación del procedimiento disciplinario frente a situaciones de rendimiento laboral insatisfactorio asociado a problemas de consumo, estableciendo unas garantías de que la sanción o el despido solamente se adoptarán cuando hayan fracasado todas las demás alternativas. En este sentido, es importante que exista el compromiso por parte de la empresa de **garantizar la continuidad en el puesto** de las personas afectadas una vez superados sus problemas de adicción.
- La **voluntariedad** de la participación en el tratamiento de las personas afectadas, en el marco de las actuaciones establecidas en el plan de empresa pactado para estos casos.

CLARIFICAR LAS NECESIDADES PARTICULARES DE LA EMPRESA

El plan será eficaz para la empresa en la medida en que satisfaga sus necesidades particulares y le permita prevenir y resolver sus problemas concretos. Por este motivo, es necesario tener un conocimiento lo más certero posible de la situación de la empresa respecto del consumo de drogas, de sus factores de riesgo y protección particulares relacionados con el consumo (que aquí no se relacionan por falta de espacio), de las estrategias utilizadas hasta el momento en su prevención y abordaje, y de los resultados obtenidos.

Nuevamente, la calidad de este análisis estará directamente relacionada con la posibilidad de participar de todos los grupos de interés, y en su desarrollo puede utilizarse metodología muy diversa (grupos focales, entrevistas, encuestas, análisis de datos de absentismo, bajas o incidentes, etc.).

LO QUE SE PUEDE HACER

Un plan de actuación en materia de drogas en una empresa puede incluir multitud de actuaciones, si bien lo realmente importante es que tales acciones redunden en la solución de sus problemas concretos. Se presentan aquí de forma muy resumida algunas de ellas. Hay que subrayar, no obstante, la importancia de que las personas implicadas en las diferentes actividades posean la formación necesaria. **La formación será, por consiguiente, una de las principales necesidades a abordar en la gran mayoría de los casos**, para todos los grupos, y a lo largo de todo el proceso de la intervención.

1. ESTRATEGIAS DE INFORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN (PREVENCIÓN)

Pueden incluir acciones relacionadas con el **diseño ambiental** de la empresa, creando un contexto favorable a la prevención, y que incluya elementos como la gestión participativa de las **normas** y de los **protocolos de actuación** conformes a las mismas (consensuando una normativa, conforme a la ley, en relación con el consumo de drogas en la empresa).

En este grupo de acciones podrían incluirse, además, todas aquellas que se orientan a la minimización de los **factores de riesgo** de carácter laboral asociados al consumo de drogas (condiciones de trabajo y ambientales, etc.) y el desarrollo de factores de protección.

Por último, en este grupo podrían considerarse acciones de información y sensibilización tales como **campañas** mediante el empleo de sistemas de comunicación interna.

2. ESTRATEGIAS DE APOYO Y ASISTENCIA

En este grupo pueden incluirse acciones como las siguientes:

- Estrategias de **detección temprana**, con el fin de evitar consecuencias graves para la salud de las personas y para la actividad de la empresa. Implica la **Capacitación de Personas Clave** de la empresa en la detección y abordaje eficaz de los trabajadores afectados.
- Diseño de **Protocolos de Actuación Consensuados** frente a situaciones de consumo o intoxicación por parte de compañeros.
- Utilización de Técnicas de **Consejo Breve** por parte de los servicios médicos de la empresa, si los hubiera, o de otras personas que pudieran realizar esta labor.
- Creación de **convenios de colaboración** y **protocolos** de derivación, seguimiento y reincorporación al trabajo con entidades o **centros de tratamiento**, que agilicen la puesta en contacto de los trabajadores afectados con los mismos.
- Diseño y gestión de un **Programa de Ayudas** para la asistencia y participación en los tratamientos (excedencias, flexibilidad horaria, movilidad de puesto de trabajo, colaboración económica, etc.), que incluya asimismo los compromisos a adquirir por parte del trabajador afectado, en un marco de voluntariedad.

LA EXPERIENCIA DE PROYECTO HOMBRE

Desde hace algunos años, la Asociación Proyecto Hombre mantiene numerosos convenios de colaboración con empresas e instituciones para la formación y el apoyo a la gestión de planes de actuación en materia de drogas en las empresas. Asimismo, las personas interesadas en obtener más información disponen en su Aula Virtual de Formación (www.formacionproyectohombre.es) de un curso online gratuito.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Proyecto Hombre (2014): **Observatorio Proyecto Hombre sobre el perfil de las personas con problemas de adicción en tratamiento; Informe 2013.**
- Organización Internacional del Trabajo - OIT (1988): **Iniciativas en el lugar de trabajo para prevenir y reducir los problemas causados por el consumo de drogas y de alcohol.** OIT.
- Observatorio Español sobre Drogas (2011): **Encuesta 2007-2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España.** Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Gobierno de España.
- Ochoa y Madoz (2008): **Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral.** Revista Medicina y Seguridad del Trabajo. Vol.54, nº 213.
- Sociedad Española de Trastornos Adictivos (2006): **Tratado SET de trastornos adictivos.** Editorial Médica Panamericana.
- UGT Navarra (2013): **Informe sobre la situación de la drogodependencia en el ámbito laboral de Navarra.** En prensa.

> Talleres



1

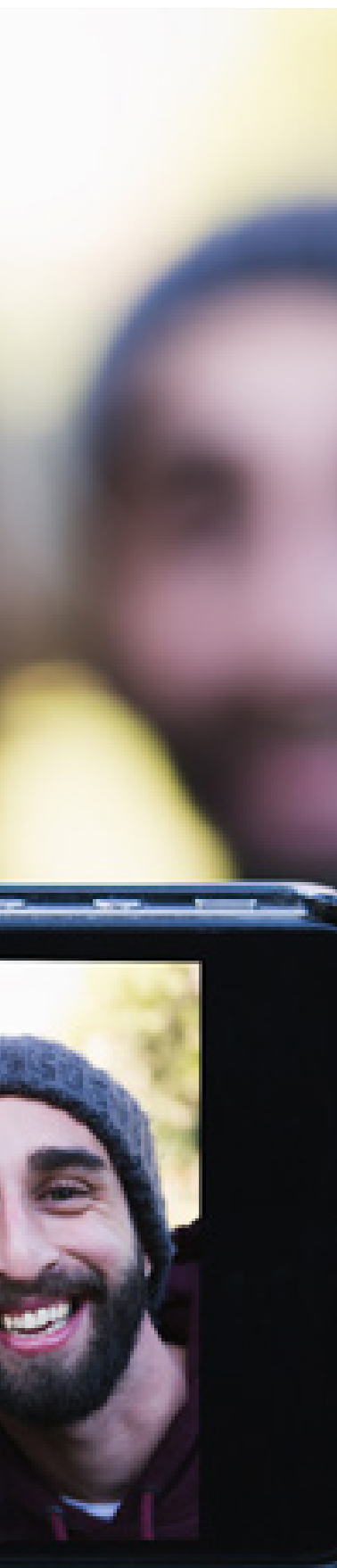
TALLER DE ACTIVIDADES PRÁCTICAS
EN PREVENCIÓN PARA APLICAR EN
LAS AULAS

2

TALLER DE INTELIGENCIA EMOCIONAL
PARA APLICAR EN EL TRATAMIENTO
CON PERSONAS ADICTAS AL ALCOHOL

3

TALLER DE TÉCNICA DE
ACOMPANAMIENTO TERAPÉUTICO
COMPASIVO. APLICACIÓN CLÍNICA
DEL PROGRAMA INTELIGENCIA
EMOCIONAL PLENA (INEP)



1

TALLER DE ACTIVIDADES PRÁCTICAS EN PREVENCIÓN PARA APLICAR EN LAS AULAS

José Antonio Giménez Costa

Doctor en Psicología por la Universitat de València (junio, 2011).
Técnico de Prevención de conductas adictivas en la UPCCA de la Mancomunidad de la Canal de Navarrés desde 2002.
Profesor asociado del Departamento de Psicología Básica de la Universitat de València desde 2001.
Profesor-Tutor de psicología en la UNED y Consultor en la Universitat Oberta de Catalunya.
Miembro de la línea de investigación adscrita al departamento de psicología básica: determinantes psicosociales del proceso adictivo.
Ha participado en más de 60 congresos y jornadas, y ha publicado 11 capítulos en diferentes libros y manuales y 14 artículos científicos.

La Unidad de Prevención Comunitaria de Conductas Adictivas de la Mancomunidad de la Canal de Navarrés se acreditó por parte de la Generalitat Valenciana en el año 2002. Desde el primer momento uno de sus objetivos primordiales fue trabajar codo con codo con el único IES de la zona, al que asistían los alumnos de los colegios de las diferentes localidades que componen la Mancomunidad.

El trabajo con estos alumnos comienza desde los primeros cursos de primaria (siguiendo las recomendaciones de Robertson y cols., 2003), y el enfoque que se le dio desde su inicio trataba de que las sesiones fueran participativas, dinámicas, integradoras, vivenciales, pero que evidentemente siguiesen la programación y los objetivos que nos habíamos propuesto para cada nivel (fruto de una extensiva evaluación inicial de necesidades).

Siguiendo las recomendaciones de estudios como los metaanálisis de Faggiano y cols. (2008) o Tobler y cols. (2000) se diseñó una intervención en la que primasen aspectos y dinámicas interactivas, destacando el trabajo grupal y las discusiones estructuradas que animasen a la interacción entre iguales, y que incluyese contenidos que buscaran incrementar el conocimiento, modificar la percepción de la aceptación social, incrementar las habilidades de resistencia, reforzar las normas sociales contrarias al abuso de drogas y disminuir el consumo con respecto al que podría esperarse (Becoña, 2012). Las actividades presentadas en este taller se encuentran dentro de esta propuesta, la mayoría de ellas contenidas en el apartado dedicado a la información sobre el alcohol y sus consecuencias.

Hoy día sabemos que la "información es necesaria pero no suficiente" (Caulkins y cols., 2002), por ello, aquella que contenga las actividades debe ser lo más objetiva posible, ajustada al nivel de comprensión del grupo diana y acompañada de una buena didáctica, con ejercicios interesantes, etc. (Becoña, 2012).

En este sentido, cuando empezamos a diseñar estas intervenciones nos planteamos tratar de responder a seis preguntas básicas que nos guíasen en su desarrollo: por qué lo

Oigo y olvido, veo y recuerdo; hago y aprendo.

Confucio

Personalmente me gustan las fresas con nata; pero por alguna razón misteriosa, los peces prefieren las lombrices, por eso cuando voy de pesca, no cebo el anzuelo con fresas con nata.

Rai Parreño

Es posible cambiar el comportamiento de los demás cambiando nuestra actitud hacia ellos.

Dale Carnegie

hacemos, cuándo lo hacemos, qué hacemos, cómo lo hacemos, dónde lo hacemos, y con quiénes lo hacemos.

Las dos primeras de ellas, el por qué y cuándo, es algo que teníamos claro desde el principio. Los trabajos epidemiológicos (p.ej. ESTUDES) siguen mostrándonos el alcohol como la sustancia que más consumen los jóvenes, y una de las tres que menor edad de inicio tienen actualmente. Las investigaciones nos dicen que el patrón de consumo de alcohol que están llevando a cabo desde hace unas décadas (el consumo intensivo de alcohol -CIA- o bingedrinking) puede provocar graves consecuencias negativas bio-psico-sociales a unos organismos que aún están creciendo (Brown et al., 2000; Cortés, 2012; Cortés y Giménez, 2012; Giménez, 2011; Tapert, 2007). Además, para responder al cuándo, nos fijamos en ese descenso continuado desde hace unos años de la edad de inicio en el consumo de alcohol. Algunas de nuestras investigaciones (Cortés, 2012; Giménez, 2011) nos muestran que, por ejemplo, la gente que ahora tiene 25 años se inició más o menos a los 16, pero que los adolescentes que tienen ahora 14 años, empezaron a beber a los 12. Por lo tanto, hay que empezar mucho antes de esos 12 años a trabajar activamente por la prevención del consumo de alcohol. Al principio no fue fácil, de hecho, incluso algunos docentes nos llegaron a señalar que empezar tan pronto "iba a darles pistas". Algunos de los últimos resultados que tenemos indican que no era así, y que los jóvenes con los que trabajamos de este modo mejoraron su conocimiento y sus actitudes contra el alcohol.

El qué hacer, también lo teníamos más o menos claro. Una revisión de programas de prevención nos fue dando pistas sobre los contenidos que deberíamos ir incluyendo en nuestras actividades. En este taller presentamos algunos de ellos como son por ejemplo: creencias y expectativas acerca de los efectos del alcohol, efectos reales sobre la conducta, "el camino del alcohol en el cuerpo" (ingesta, absorción, metabolización...), consecuencias sobre el desarrollo del cerebro, mitos sobre el alcohol, diferencias entre chicos y chicas...

XVII Jornadas de la Asociación Proyecto Hombre

Pero faltaba “traducir” esos temas en actividades, bajarlos a las aulas. Las siguientes preguntas (cómo lo hacemos, dónde lo hacemos, y con quiénes lo hacemos) nos dieron la pista de cómo teníamos que cambiar nuestro enfoque para hacer prevención con los adolescentes. Habíamos llevado a cabo muchísimas sesiones de comunicación con jóvenes, con las familias... y no nos habíamos dado cuenta de una de las claves que trabajábamos en esas sesiones: muchas veces creemos que estamos comunicando bien pero no tenemos en cuenta al receptor y su perspectiva de las cosas. Hablamos de jóvenes y con jóvenes, luego hemos de tener muy en cuenta cómo piensan, cómo actúan, cómo se relacionan entre ellos y con las drogas, en este caso concreto con el alcohol.

¿Cómo son, por lo tanto, los adolescentes? (DeCaro, 2013): van sobrados, lo saben todo. Les gusta probar mucho el nuevo tipo de pensamiento que tienen, por ello se puede aprovechar para razonar con ellos. Tienen mucha información (la contenida en la red es casi infinita), el problema es que no saben cuál es la buena. Hacen mucho caso a su propia imagen. Son muy vulnerables aunque ellos piensan lo contrario. Y debido al enorme auge de las nuevas tecnologías, son impacientes (quieren respuestas inmediatas) y son “tocones” (el móvil, la Tablet, ordenadores, la televisión, entre ellos...). ¿Y cómo estábamos haciendo prevención la mayoría de las veces? ¿Les enseñamos en el aula? ¡¡Si están aburridos de escuchar a los profesores!! Y dábamos prevención del mismo modo, “les dábamos charlas”. ¿Sirve para algo de verdad?

No les gusta. Por ello, no podemos pretender hacer prevención con lápiz y papel, y mucho menos podemos ir a que nos escuchen y punto.

Así que nos fijamos en lo que nos decían los teóricos de la educación sobre cuál es la mejor manera de enseñar. Y autores como Edgar Dale o Cody Blair nos mostraron en sus “pirámides del aprendizaje” que el 90% de la información nos llega por la vista, mientras que si solo se escucha llega un 5%, y que si interactuamos, si experimentamos, son capaces de recordar un 75% más que si sólo escuchan. Está claro que no les podemos dar alcohol en clase, pero sí que podemos diseñar actividades en las que recrear procesos y situaciones como la ingesta, la metabolización, la distribución del alcohol por el cuerpo, etc. Y lo podíamos hacer con elementos reconocibles, familiares, como embudos, tuberías, arroz, azúcar, piedras, botes de cristal, piezas de juguetes de construcción...



Puede que tengamos delante a gente a la que no le interesa lo que les vamos a decir porque el alcohol y las drogas no estén dentro de sus preocupaciones. Por lo tanto, hay que hacerlo de modo que no se den cuenta de que lo está haciendo. Una posible solución: hacerlo divertido.

Cuando llegamos al aula, sacamos embudos, pelotas, piedras, arroz, tuberías..., no libros. Cuando ya hemos llamado su atención, ya podemos empezar a trabajar con ellos. En esos siete primeros minutos conseguimos una cosa muy importante y

es que ellos nos pregunten, no que nosotros les digamos lo que vamos a hacer. De hecho, de alcohol en estas sesiones solo se habla después de haber probado a hacer las actividades.

Destilamos alcohol en el laboratorio, para que conozcan la sustancia real. Les planteamos problemas, misiones, como llenar un vasito pequeño con arroz puesto al final de una tubería opaca de más de tres metros. Hacemos carreras para llenar un vaso con arroz con dos embudos: uno vacío y otro lleno de piezas de construcción o con piedras. Comprobamos con un mapa de metro cómo se expandiría un veneno por la red de metro de Londres aunque sólo estuviese la bomba en una de sus estaciones. Mediante esponjas o terrones de azúcar tratamos de alcanzar un nivel de absorción sin pasarnos. Calculamos con un programa informático los niveles de alcoholemia con determinados consumos y los hacemos variar en función del peso, del sexo, de la velocidad de ingesta... Hacemos una competición de levantar una pared con piezas de construcción, cambiando diferentes variables como la velocidad de puesta de las piezas, o la velocidad de retirada de las mismas... Comprobamos cómo cambia el color de una disolución en función de la cantidad de agua que le ponemos. Hacemos cócteles, batidos y granizados sin alcohol. O tratamos de llenar un bote de cristal con arena, gravilla y piedras variando el orden de colocación.

Pueden parecer todas ellas actividades aisladas, o poco relacionadas con el consumo de alcohol, pero con todas ellas podemos acabar aprendiendo algún aspecto concreto del consumo o las consecuencias que pueden tener el alcohol en la adolescencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Becoña, E. (2012). Elementos que debe tener un programa preventivo eficaz. En JA. García del Castillo y C. López, *Estrategias de intervención en la prevención de drogodependencias* (pp.51-74). Madrid: Síntesis.
- Brown, S.A., Tapert, S.F., Granholm, E. y Delis, D.C. (2000). Neuro-cognitive functioning of adolescents: effects of protracted alcohol use. *Alcohol, Clinical and Experimental Research*, 24, 164-171.
- Caulkins, J.P., Pacula, R.L., Paddock, S. y Chiesa, J. (2002). *School-based drug prevention. What kind of drug use does it prevent?* Santa Monica, CA: Rand.
- Cortés, M.T. (2012) Determinantes psicosociales relacionados con el consumo intensivo de alcohol en mujeres jóvenes. *Proyecto Hombre*, 78(mayo), 30-33.
- Cortés, M.T. y Giménez, J.A. (2012). Intervención ante los nuevos patrones juveniles de consumo de alcohol. En JA. García del Castillo y C. López, *Estrategias de intervención en la prevención de drogodependencias* (pp.175-200). Madrid: Síntesis.
- De Caro, D.M. (2013). El estudio del cerebro adolescente: contribuciones para la psicología del desarrollo. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Universidad de Buenos Aires.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F. D., Vrsino, E., Zambon, A., Borraccino, A. y Lemma, P. (2008). School-based prevention for illicit drugs use: A systematic review. *Preventive Medicine*, 46, 385-396.
- Giménez, J.A. (2011). Análisis de los determinantes cognitivos que subyacen a la conducta de Consumo Intensivo de Alcohol en jóvenes utilizando como marco de referencia la Teoría de la Conducta Planificada. Tesis doctoral. Universitat de València.
- Robertson, E.B., David, S.L. y Rao, S.A. (2003). Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide for parents, educators, and community leaders, 2nd ed. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National.
- Tapert, S. (2007). Consumo de alcohol en Adolescentes: efectos sobre el cerebro. Documento presentado en el Seminario Internacional sobre alcohol y daño cerebral en menores, Madrid, Spain.
- Tobler, N.S., Roona, M.R., Ochshorn, P., Marshall, D.G., Streke, A.V. y Stackpole, K.M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20(4), 275-336.

2

TALLER DE INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA APLICAR EN EL TRATAMIENTO CON PERSONAS ADICTAS AL ALCOHOL

Francisco José Sainero García

Psicólogo. Director de la Comunidad Terapéutica de Alcohol y del Programa de Patología Dual de Proyecto Hombre Castilla-La Mancha. Master en Inteligencia Emocional. Experto en Psicología Positiva.

Cualquiera puede ponerse furioso...eso es fácil. Pero estar furioso con la persona correcta, en la intensidad correcta, en el momento correcto... eso no es fácil.

Aristóteles, Ética a Nicómaco

A lo largo de la historia, los hombres han intentado explicar al ser humano sus motivaciones, pasiones... el sentido de la propia existencia.

Los enfoques filosóficos tradicionalmente se ha dividido en dos: el enfoque racional y el enfoque existencial o del corazón. Este último recoge el concepto de persona que se encuentra en la base de la Inteligencia Emocional, e incluye autores como San Agustín, Pascal, Sartre, Camus, Scheler o Bubber.

Dentro de los antecedentes más recientes de la Inteligencia Emocional encontramos autores como C. G. Jung, V. Frankl, la escuela de la Gestalt con F. Perls a la cabeza, A. Ellis y A. Beck, C. Rogers y de las corrientes más orientales podemos destacar a Krishnamurti y De Mello.

La inteligencia emocional se ha convertido en un tema de interés creciente para el público desde el año 1995, a partir de la publicación por parte de Daniel Goleman del libro "Inteligencia Emocional". Aunque podamos pensar en que es un término actual, las raíces históricas de este concepto se remontan al siglo XIX.

En 1920 Thorndike ya utilizó el término inteligencia social para describir la habilidad de comprender y motivar a otras personas. En 1940 D. Wechsler describió la influencia de factores no intelectivos que influyen en el comportamiento inteligente. En 1983, H. Gardner expone su Teoría de las Inteligencias Múltiples e introduce en la misma los conceptos de inteligencia intrapersonal (la capacidad para comprenderse uno mismo, apreciar los sentimientos, temores y motivaciones propios) e inteligencia interpersonal (capacidad para comprender las intenciones, motivaciones y deseos de otras personas).

R. Bar-On, experto y pionero en el ámbito de la inteligencia emocional, ha estado implicado en la definición, medición y

aplicación de este concepto desde los años 80. Él fue el que acuñó en 1985 el término EQ (cociente emocional) para describir sus estudios, determinando la capacidad emocional y social. Además creó el inventario del cociente emocional (EQ-i), que se convierte, de hecho, en la primera prueba validada para medir la Inteligencia Emocional.

Existen fundamentalmente tres perspectivas generales dentro de los modelos de Inteligencia Emocional:

- El modelo de Salovey-Mayer. Para estos autores la inteligencia emocional es la capacidad de identificar, utilizar, entender y dirigir las emociones para facilitar el pensamiento. En su modelo incluyen competencias intrapersonales como la autoconciencia, el control emocional y la capacidad de motivarse, y competencias interpersonales como la empatía y las habilidades sociales.
- El modelo de Competencias Emocionales de Goleman. En este modelo se define la inteligencia emocional como un constructo que incluye una amplia serie de capacidades y habilidades como la autoconciencia, la autorregulación, la motivación, la empatía y las habilidades sociales.
- El modelo de Bar-On, que describe la inteligencia emocional como una selección de competencias sociales y emocionales interrelacionadas, habilidades que determinan cómo nos entendemos y nos expresamos con efectividad, entendemos a otros y nos relacionamos con ellos, así como nuestra capacidad de afrontar las exigencias diarias.

Desde Darwin hasta el presente, la mayor parte de descripciones, definiciones y conceptualizaciones de Inteligencia Emocional han incluido uno o más de los siguientes componentes:

XVII Jornadas de la Asociación Proyecto Hombre

- La capacidad de reconocer, entender y expresar emociones y sentimientos.
- La capacidad de entender cómo los otros sienten y se relacionan con esos sentimientos.
- La capacidad de dirigir y controlar las emociones.
- La capacidad de manejar el cambio, adaptarse y solucionar problemas de naturaleza personal e interpersonal.
- La capacidad de generar sentimientos positivos y ser auto-motivador.

Una de las principales dificultades que nos hemos encontrado en el estilo de trabajo de Proyecto Hombre es que, al haber de fuentes teóricas y prácticas tan diversas, en ocasiones falta un hilo conductor que sirva como marco de referencia para el tratamiento. De esta manera, el modelo de actuación adecuado para cada momento en muchas ocasiones ha dependido de la formación específica del profesional que en esos momentos se hiciera cargo del trabajo terapéutico o incluso de su intuición. Esta situación será subsanada en gran parte gracias al trabajo realizado por la Comisión de Formación de la Asociación Proyecto Hombre, que ha cristalizado en un documento que servirá de referencia teórica y funcional para la definición del modelo de intervención de Proyecto Hombre en el ámbito de las adicciones, utilizando para ello el Modelo Bio-Psico-Social.

Esta situación de indefinición teórico-práctica se hacía más patente en el área de trabajo emocional. Desde nuestro punto de vista, en vez de un objetivo transversal de tratamiento con un plan de actuación concreto, se convertía muchas veces en una serie de intervenciones puntuales sin solución de continuidad.

En el caso del consumidor de alcohol, la necesidad de mejorar y potenciar este trabajo es fundamental. El perfil del alcohólico presenta, en la mayoría de las ocasiones, un patrón emocional definido por una gran dificultad para el reconocimiento, expresión y gestión emocional. Su estilo habitual de afrontamiento son las conductas de evitación y escape. Presentan mecanismos de defensa como la negación, la minimización o la compensación. Por estos motivos realizar un trabajo adecuado utilizando para ello el modelo de inteligencia emocional puede beneficiar en gran medida su proceso de cambio y crecimiento personal.

Debido a estas circunstancias, decidimos crear una línea de trabajo terapéutico basada en los criterios de la Inteligencia Emocional en la Comunidad Terapéutica para usuarios de alcohol. Esta comunidad está dirigida a personas con problemas específicos y dependencia severa al alcohol. Inaugurada en el año 2007, se desarrolla en régimen residencial en Guadalajara, y en su fase ambulatoria en Albacete, Cuenca, Guadalajara y Daimiel (Ciudad Real).

Su objetivo principal es facilitar y promover el proceso personal de motivación al cambio de los usuarios para que, a través del autoconocimiento y el crecimiento personal, logren la rehabilitación y reinserción en el ámbito familiar, social y laboral de las personas en tratamiento, previniendo futuras recaídas.

Como objetivos específicos del taller de Inteligencia Emocional planteamos:

- Iniciar nuevas estrategias para el conocimiento personal
- Mejorar la capacidad de introspección
- Servir de apoyo para la terapia
- Establecer objetivos de tratamiento individualizado
- Discriminar, identificar y expresar emociones

El taller se divide en 15 sesiones, de unas dos horas de duración cada una, con una periodicidad semanal. Cada sesión es independiente. Las actividades son breves y voluntarias.

Las sesiones que en estos momentos estamos aplicando son:

1. Introducción (I): Concepto de Inteligencia/Inteligencias Múltiples
2. Introducción (II): Las Emociones
3. Introducción (III): Creatividad
4. Introducción (IV): Autoconocimiento
5. Coaching
6. El miedo
7. La tristeza
8. El duelo
9. Enfado
10. Enfado/Cargas Emocionales
11. Alegría/Humor
12. Felicidad/Bienestar
13. Creencias y valores
14. Autoconcepto y Autoestima
15. Evaluación y cierre

Los usuarios han respondido a las actividades y han participado de manera activa en las mismas. Han creado un buen clima grupal, ayudándose en las actividades y respetando las opiniones y palabras de los demás. Hemos podido retomar muchas de las conclusiones en la terapia individual y nos ha permitido establecer nuevas áreas de trabajo y objetivos personalizados. A los usuarios les ha gustado este nuevo planteamiento, valorando positivamente el cambio. Han descubierto nuevas posibilidades y puntos de vista sobre su historia personal que no se habían planteado anteriormente. Además han adquirido un mayor lenguaje a nivel emocional y han enriquecido su vocabulario. Que todos manejen un lenguaje emocional común ha beneficiado posteriormente el trabajo de terapia grupal, ya que ha permitido una mayor comprensión de los problemas y una mejor expresión emocional de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

- Bar-On, R., & Parker, J. D. A. (Eds.) (2000). *Hand book of emotional intelligence: Theory, development, assessment and application at home, school and in the workplace*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Kairos.
- Greenberg, Leslie. "Emociones: una guía interna". Ed. Desclée de Brower (2000).
- Greenberg, L. & Pairio, S. *Trabajar con emociones en psicoterapia*, Barcelona: Paidós, 2000.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). *What is emotional intelligence?* In P. Salovey & D. J. Sluyter (Eds.) *Emotional Development and Emotional Intelligence*. New York: Basic Books.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. (2000). *Competing models of emotional intelligence*. In Robert J. Sternberg (Ed.), *Handbook of intelligence* (2nd ed.). Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.
- Mayer, J. D. (2001). *A field guide to emotional intelligence*. En Ciarrochi, J., Forgas, J. P. y Mayer, J. D. (2001). *Emotional Intelligence in Everyday Life*. Philadelphia: Psychology Press.
- Salovey, P. (1999). *Emotional intelligence*. In D. Levinson, J. Ponzetti, & P. Jorgensen (Eds.), *Encyclopedia of Human Emotions*. New York: Macmillan Publishing.
- Salovey, P. & Grewal, D. (2005). *The Science of Emotional Intelligence*. *Current Directions in Psychological Science*, 14 (6), 281-285.

3

TÉCNICA DE ACOMPañAMIENTO TERAPÉUTICO COMPASIVO. APLICACIÓN CLÍNICA DEL PROGRAMA INTELIGENCIA EMOCIONAL PLENA (INEP)

Natalia Ramos Díaz. Dpto.
Personalidad, Evaluación y
Tratamiento Psicológico. Facultad de
Psicología. Universidad de Málaga.

Cuando tu miedo toca el dolor del otro, se convierte en lástima; cuando tu amor toca el dolor del otro se convierte en compasión.

Stephen Levine

El constructo Inteligencia Emocional (IE) (Salovey y Mayer, 1990) vino a poner de manifiesto que no tenía ningún sentido expulsar de nuestra vida las emociones, sino que más bien, había que recuperarlas e integrarlas de modo adecuado. Esto significaba, que en algún punto era preciso encarar nuestro mundo emocional. La cuestión clave era determinar de qué forma escuchar nuestras emociones y las emociones de terceras personas.

El programa de Inteligencia Emocional Plena (PINEP) (Ramos, Recondo y Enríquez, 2012) propone que la manera más óptima de manejar emociones implica afrontarlas con *Atención Plena*, caracterizada por la aceptación, la curiosidad, la ausencia de juicio y una actitud compasiva.

La esencia de la práctica de Mindfulness no es escapar al presente, la disciplina nos permitiría estar aquí y conectar con la riqueza del momento. Cuando se trata de gestionar emociones, esto implicaría abrirnos a la experiencia, independientemente del tono hedónico de la emoción, y acogerla de modo compasivo. Así, por ejemplo, la práctica de la meditación Tonglen es un método para conectarse con el sufrimiento (el nuestro y el de terceras personas). Es un método para despertar la compasión que es inherente a todos nosotros. Esta práctica revierte la lógica usual de evitar el sufrimiento y buscar el placer (Chodrón, 1996).

Si al enfrentarnos a situaciones emocionales percibimos emociones perturbadoras o excesivas, deberíamos abordarlas del mismo modo que afrontamos las emociones difíciles desde un enfoque mindfulness. El profesor Vicente Simón (2013) sugiere una forma de abordar estas emociones, su propuesta incluiría detenerse frente la emoción, llevar conciencia y apertura. Finalmente, reemplazar la actitud enjuiciadora por otra de naturaleza compasiva.

Cabe pensar que un terapeuta que trabajara con las emociones de sus pacientes debería mantener una actitud Mindfulness, en el momento de la escucha. De hecho, uno de los principios de la escucha terapéutica, según Rogers, incluiría la aceptación incondicional y la ausencia de juicio sobre el discurso del paciente, además requeriría que el terapeuta fuera auténtico (Rogers, 1961). El interrogante reside en si el terapeuta puede siempre mantener una actitud de aceptación o si, por el contrario, las historias reveladas junto al tono hedónico del paciente no activarán en el terapeuta una actitud valorativa, incluso de manera no consciente. Los estudios de Pennebaker, ponen de manifiesto que cuando una persona sufre un trauma y lo comparte, podría generar en el interlocutor un rechazo ante la experiencia narrada, lo que viene explicado por el contagio emocional, además de por cierto temor a sufrir una experiencia similar (Pennebaker, 1980). Las neuronas espejo ofrecen un mecanismo neuronal que explica el contagio emocional, esto es, la tendencia de una persona a adoptar los sentimientos de otra. La cercanía emocional permite a la biología de una persona influir en la de otra (Iacoboni, 2009).

Cabe preguntarse qué sucedería si el paciente o la persona que sufre, en lugar de revelar con palabras el suceso emocional experimentado, recreara el mismo en su mente, y compartiera sus emociones de forma no verbal. Las neuronas espejo del receptor le permitirían sentir la experiencia emocional del interlocutor, pero no sería posible conectar dicha experiencia a un discurso verbal. De este modo, llegarían al interlocutor experiencias emocionales sin ningún esquema cognitivo en el que sustentarse, y por tanto, sería más fácil mantener al margen la actitud enjuiciadora del receptor o terapeuta, a quien le sería más fácil acoger afectuosamente la experiencia emocional del interlocutor, haciendo uso de la Atención Plena.



De esta forma ayudaríamos al paciente a conectar con su emoción dolorosa, de manera experiencial y sin necesidad de transformarla en palabras. Lo que además, iría acompañado de un menor temor al juicio y a la valoración por parte del receptor. El que escucha, además, podrá acompañar de forma compasiva al paciente. Acompañar compasivamente a una persona que está reviviendo una experiencia emocional dolorosa permite ayudar a mantener la calma del interlocutor lo que resulta necesario para atender e integrar las emociones de manera adecuada.

TÉCNICA DEL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO COMPASIVO

La actividad presentada es una variante de la práctica "Identifica mi emoción" (Percepción y expresión emocional interpersonal) del manual de la Práctica de inteligencia emocional Plena (Ramos, Recondo y Enríquez, 2012).

La variante de esta práctica consiste en evocar una situación emotiva que haya suscitado malestar emocional y comunicársela al compañero en silencio y manteniendo en todo momento los ojos cerrados. El compañero que realiza la escucha mantendrá una actitud abierta, receptiva y con una actitud compasiva, que irá acompañada de un contacto físico a través de tomar las manos del interlocutor. El receptor ayudará al emisor a tomar contacto con su emoción, animándole a inspirar la emoción dolorosa y espirar calma y serenidad. Al mismo tiempo, el receptor inspira el dolor del interlocutor para que pueda estar bien y tener más espacio para relajarse y abrirse, y espira, enviándole relajación o aquello que sienta que le traería alivio y felicidad.

El receptor podrá tomar los brazos del interlocutor según sienta la necesidad de hacerlo, desde un leve contacto, hasta un fuerte sustento. Por otro lado, a fin de chequear el grado de malestar al

que se está enfrentando el emisor, se le pedirá que apriete las manos del receptor para expresar la intensidad de la emoción que está experimentando. Se aconseja no abandonar el ejercicio hasta que la emoción sentida no haya bajado en intensidad. Es aconsejable que si realizamos esta práctica fuera de un entorno terapéutico lo hagamos con emociones de baja intensidad y si lo hacemos dentro del entorno terapéutico hagamos un correcto seguimiento del paciente. Además, es recomendable que el terapeuta que haga uso de esta técnica de intervención, tenga una práctica continuada en Mindfulness, y más concretamente en la Meditación Tonglen, lo cual garantiza una mayor capacidad para acompañar al paciente en su exploración emocional. Además, la misma estará integrada en un trabajo terapéutico donde la alianza terapéutica se haya consolidado y la emoción dolorosa suponga una interferencia en el proceso de recuperación del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Chodrón, P. (1996). Cuando todo se derrumba: Palabras sabias para momentos difíciles. Madrid: Gaia.
- Iacoboni, M. (2009). Las neuronas espejo. España: Rústica.
- Pennebaker, J. W. (1980). Opening up: The healing power of confiding in others. New York: W. Morrow. (trad. Cast. Alianza Editorial, 1994).
- Ramos, N., Recondo, O., y Enríquez, H. (2012). Practica la Inteligencia Emocional Plena. Barcelona: Kairós.
- Rogers, C. R. (2014). El proceso de convertirse en persona. Novena reimpresión. México: Paidós.
- Salovey, P. & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.
- Simón, P. V. (2013). Aprender a practicar mindfulness. Barcelona: Sello Editorial.

> Mesas de experiencias



mesa 1

PREVENCIÓN

- 1.1. ADIF: "XXV AÑOS HACIENDO PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO LABORAL"
- 1.2. LA EXPERIENCIA DE PORTUGALETE: "TENGO UNA OPORTUNIDAD...". ESTRATEGIAS LOCALES EN PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS
- 1.3. LA POLICÍA LOCAL COMO AGENTE PREVENTIVO EN EL CONSUMO DE DROGAS

mesa 2

INVESTIGACIÓN

- 2.1. RENDIMIENTO NEUROPSICOLÓGICO EN PACIENTES QUE DEMANDAN TRATAMIENTO POR EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS
- 2.2. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO AMBULATORIO DEL ALCOHOLISMO

mesa 3

TRATAMIENTO

- 3.1. CONSUMO DE ALCOHOL COMO ENFERMEDAD O COMO CONDUCTA DE RIESGO: ¿ES POSIBLE LA UNIFICACIÓN DE MODELOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES?
- 3.2. ENTREVISTA MOTIVACIONAL Y CLARIFICACIÓN DE VALORES CON PERSONAS USUARIAS DEL ALBERGUE SA PLACETA
- 3.3. 1997-2015 COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE ALCOHOL: CLAVES DEL ÉXITO

MESA

1

> PREVENCIÓN

1.1.

ADIF: "XXV AÑOS HACIENDO PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO LABORAL"

Ricardo Chacón Barcáiztegui

Trabajador Social de Empresa en ADIF desde 1994. Presidente Fundación COPADE (Comercio Para Desarrollo) desde 2005. Miembro Junta Directiva ATSEA (Asociación Trabajadores Sociales de Empresa y Afines).

No somos lo que somos, sino lo que hacemos para cambiar lo que somos.

Eduardo Galeano

El ámbito laboral es un ámbito idóneo para la intervención en drogodependencias.

Trabajadores Sociales de ADIF

LOS INICIOS

Fue en el año 1990 cuando se firma en la RENFE de entonces, el "Plan de Acción contra las Drogodependencias y el Alcoholismo" (PACDA), pero es en 1989 cuando se aprueba el texto en el VIII Convenio Colectivo, fruto de la **negociación** entre la empresa, la representación de los trabajadores y con la participación de los Servicios Médicos de la empresa. Dado que en Renfe se aprobó incluir en los reconocimientos médicos de determinados puestos de trabajo la detección de indicios analíticos de consumo de drogas como causa de no aptitud por razones de Seguridad, el PACDA pretendía ofrecer soluciones terapéuticas a los problemas de consumo detectados entre los trabajadores, con el compromiso de mantener la confidencialidad y el puesto de trabajo. No en vano, debemos recordar que en aquellos años 80 y comienzos de los 90, existía una gran alarma en todos los ámbitos sociales por la irrupción del consumo de drogas y unas consecuencias incontroladas.

El Plan de Acción contra las Drogodependencias y el Alcoholismo se constituye con **dos Programas: uno de Prevención y otro de Atención**. Aunque en un primer momento sólo se pone en práctica el Programa de Atención por la necesidad de dar respuesta a los problemas de consumo que comienzan a detectarse entre los trabajadores de la plantilla, es en el año

1994 cuando comienza a desarrollarse el **Programa de Prevención** con la incorporación de trabajadores sociales a la plantilla de los servicios médicos de la empresa.

En Adif, una de las empresas resultado de la escisión de la antigua Renfe, se mantiene la misma filosofía que dio origen al PACDA.

El programa de **Prevención** tiene diferentes objetivos, comunes en la mayoría de este tipo de programas, "formar, informar y asesorar a los trabajadores de la empresa sobre el uso y abuso de la diferentes sustancias", lo diferencial en este caso era el ámbito en el que habría de desarrollarse este programa preventivo, "**el ámbito laboral**". Que sea la población objeto de la intervención la **plantilla de la empresa**, con sus relaciones interpersonales, familiares y laborales, con su estructura organizativa, con sus **características y condiciones laborales** propias, hacen que este ámbito de intervención sea muy específico y único, con aspectos propios y que lo diferencian del resto de intervenciones preventivas en drogodependencias.

Como aspectos a destacar cabría señalar que la población objeto mantiene un **trabajo**, con todos los aspectos positivos en relación a la estructura personal, organizativa, económica, normalizadora que puede suponer para la persona y que en muchas ocasiones falla en la población con problemas de consumo de sustancias en general.

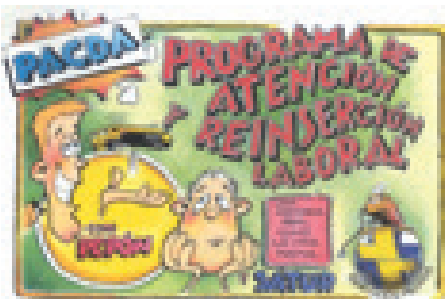
XVII Jornadas de la Asociación Proyecto Hombre

El mantenimiento de un horario, de un salario, de una tarea, de unas responsabilidades, el tener unas relaciones con otros diariamente, el tener que mantener un ritmo, el estar incluido dentro de una organización, permite mantener y desarrollar una serie de características personales que de por sí son **beneficiosas y necesarias** para una buena evolución en el abandono del consumo.

El trabajo de por sí es preventivo y motivador. Permite el mantenimiento de un "esfuerzo", de un "interés", de ganas de superación, de la necesidad de pertenecer a un grupo, organiza los horarios y los ritmos y supone una exigencia personal. Por eso creo que el ámbito laboral es un **ámbito ideal** para la Prevención de Drogodependencias. Y desde los profesionales debemos "tirar" de esos recursos, a veces intangibles pero siempre positivos para el desarrollo de las habilidades y capacidades de la persona. El compañerismo, el sentimiento de pertenencia, el poder identificarte como un profesional, etc., ayuda a tener una buena evolución en un proceso de "curación".

Como en cualquier programa se tenía que dotar a éste de un contenido y teniendo claro que los pilares que orientaban el desarrollo del Programa eran la **Seguridad y la Salud en el trabajo**, desarrollaríamos las acciones que nos permitieran acercarnos a la consecución de los objetivos planteados y que deberíamos dividir en tres grandes grupos de actividades, como venía recogido en el Convenio Colectivo:

- Actividades informativas.
- Actividades formativas.
- Actividades participativas.



Previamente vimos necesario armarnos de un conocimiento acerca de la realidad a la que nos dirigiáramos y elaboramos un cuestionario anónimo para entregar a los trabajadores y que nos daría una información sumamente útil acerca del conocimiento que los trabajadores tenían sobre diferentes aspectos, como las acciones a desarrollar o si el Plan era conocido o no entre la plantilla. Los datos fueron reveladores, por un lado entendían que la empresa no era el espacio idóneo para intervenir, pero reconocían que había compañeros con problemas y, sobre todo, el dato más llamativo fue que un **85% de la plantilla** no conocía la existencia del Plan.

EL DESARROLLO

Las actividades fueron desarrollándose en un primer momento a través de campañas provinciales. Como ocurre en muchas ocasiones, fuimos aprendiendo en la marcha, formábamos **grupos de trabajo** en las diferentes ciudades que eran los que programaban las actividades y las ponían en marcha. Fue muy interesante la formación de los Equipos de Prevención, ya que fueron los mismos trabajadores los que definieron qué acciones desarrollar y cuáles no, según cada región donde se desarrollaran.

Las **actividades informativas** incluyeron el diseño y difusión de un cartel, y diferentes materiales para entregar a los participantes en otras actividades. El cartel fue diferente, positivo, colorido, lejos de los carteles a los que estaban acostumbrados los trabajadores de la empresa y ahí fue donde radicó su éxito. A los pocos años de difundirlo, y de hacer las campañas, los trabajadores hablaban del **Plan** y todo el mundo conocía la existencia del mismo.



La firma de acuerdos con diferentes instituciones, tanto públicas como privadas (FAD, Junta de Andalucía...), sirvió también para dar visibilidad al trabajo que realizamos y, por otro lado, nos facilitó el acceso a diferentes materiales preventivos que fuimos utilizando a lo largo de los años.

El comienzo de las **acciones formativas** igualmente estuvo plagado de dudas y desconciertos que se fueron resolviendo sobre la marcha. El curso de "formación en Drogodependencias" acabó evolucionando en un curso de "Mediación para la prevención". Era preciso formar Mediadores en toda la geografía de la empresa. El equipo lo formamos en la actualidad tres trabajadores sociales y era imprescindible difundir el Plan entre la plantilla.



El curso pasó de dedicar gran parte de la jornada a hablar de las sustancias y sus efectos, a dedicarlo a difundir el Plan y a que los asistentes pudieran vivir una práctica de **acercamiento a un trabajador con problemas**. A través de esta práctica en la que se define un problema de un trabajador, se intenta trabajar las habilidades necesarias para intervenir en la detección y derivación del trabajador al Programa de Atención. Esta experiencia está muy bien valorada por parte de los asistentes y es muy rica para poder trabajar sentimientos que aparecen a partir de una situación que puede generar ansiedad y angustia en el trabajo, así como para el abordaje, la detección y derivación de los trabajadores con problemas de consumo. Para que estos cursos fueran posibles, fue y sigue siendo sumamente importante la implicación de la **Dirección de Formación** de la empresa, ya que incluyó estos cursos dentro de su oferta habitual a los trabajadores. Igualmente, a través de esta Dirección se pudo realizar un **vídeo divulgativo** y se crearon dos cursos en el **Centro de Formación Virtual** que pueden ser hechos por cualquier trabajador a través de la intranet de ADIF. Hasta el momento estos cursos por internet lo han realizado **388 trabajadores**.

El curso presencial va fundamentalmente dirigido a **mandos y representantes sindicales**, aunque pueden participar todos aquellos trabajadores que estén interesados en el mismo. En la actualidad se han impartido un total de **208 cursos a los que han asistido 2.792 trabajadores**. Quizás uno de los aspectos más importantes de las acciones de formación sea que gracias a su **mantenimiento en el tiempo**, consigamos que el Plan siga siendo algo **vivo y activo dentro de la normalidad de la empresa**.

Por último, quisiera poder comentar la importancia de las **actividades participativas**, como potenciadores de actitudes sanas para los trabajadores, ya que la intención principal es reforzar aquellas actividades que ya los trabajadores realizan en su tiempo libre y que son saludables para ellos.



El personal ferroviario en general es una población a la que le gusta asociarse y tener una vida activa, por ello nacieron entre ellos los **Centros Culturales Deportivos Recreativos** en muchas ciudades. A través de ellos y con ellos hemos podido realizar multitud de actividades, desde campeonatos de fútbol sala hasta excursiones senderistas, que en la actualidad mantenemos.

La idea es apoyar este tipo de actividades para potenciar que se mantengan entre los trabajadores. Como conclusión podríamos afirmar que el desarrollo de los programas preventivos en el ámbito laboral y su **mantenimiento en el tiempo** son fundamentales para poder obtener buenos resultados en el tratamiento de este tipo de problemáticas en el mundo del trabajo y defendemos que el **ámbito laboral es un ámbito idóneo para la intervención en drogodependencias**.

MESA

1

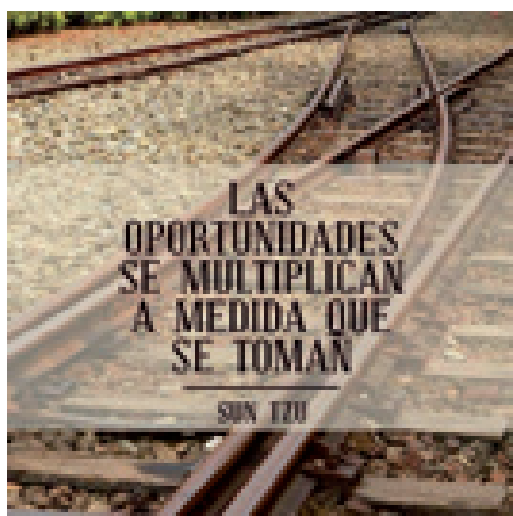
PREVENCIÓN

1.2.

LA EXPERIENCIA DE PORTUGALETE: "TENGO UNA OPORTUNIDAD...". ESTRATEGIAS LOCALES EN PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS

Marta Azkarretazabal

Técnica de Bienestar Comunitario/
Komunitate Ongizateko teknikaria
Portugaleteko Udala/Ayuntamiento de Portugalete.
Licenciada en Psicología por la Universidad de Deusto. Técnico del Equipo Psicopedagógico del Ayuntamiento de Portugalete en el Área de Educación hasta 1994 y desde esa fecha, Técnica de Prevención de Drogodependencias de este ayuntamiento. Técnica de Bienestar Comunitario. Coordinadora del Área de Drogodependencias del Ayuntamiento así como del Plan de Drogas del Municipio.



Hace muchos años, Portugalete, como otros municipios, era una fiesta patronal continua los fines de semana. Teníamos 600 bares en menos de dos km², y era molesto. Y desengañémonos todos y todas: no preocupaba, ni preocupa el alcohol como fenómeno de consumo adolescente, el perjuicio a corto, medio o largo plazo que para la salud supone que un/una menor realice esas ingestas, sino lo molestos, ruidosos y sucios que resultan.

Desde el Área de Drogodependencias se consideró que este fenómeno que para los vecinos y vecinas consistía en establecer más vigilancia, más multas, más sanciones, era la oportunidad de trabajar en un ámbito poco explorado: el del tiempo libre adolescente, en la calle, en su espacio y utilizando iguales para la transmisión de información. El programa Enclave Joven fue la manera de aprovechar una dificultad sentida en una oportunidad de trabajo.

Decía Einstein que "en los momentos de crisis, solo la imaginación es más importante que el conocimiento.

En Portugalete, queremos trabajar desde esta perspectiva, por ello, llevamos a la práctica aquello de que "personalmente nos gustan las fresas con nata; pero por alguna razón misteriosa, los peces prefieren las lombrices; por eso, cuando vamos de pesca, no cebamos el anzuelo con fresas con nata". Creemos ser capaces de formularnos más preguntas en la medida que más experiencia vamos adquiriendo y al contrario, somos y debemos ser absolutamente incapaces de formularnos preguntas de lo que no sepamos nada.

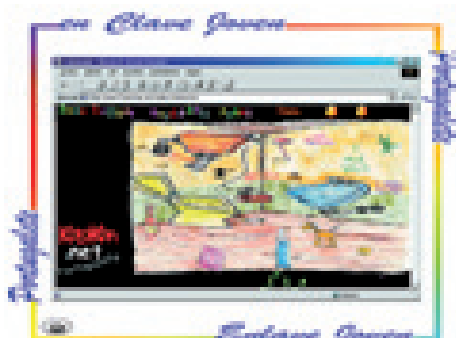
Partimos, además, de que la oportunidad perdida no tiene marcha atrás. Con lo que hay que tratar de aprovecharlas todas. Consideramos estos "momentos revueltos", estos "malos tiempos para la lírica" de la prevención como la oportunidad de trabajar en positivo con los chavales y chavalas de Portugalete que desde hace tanto tiempo son la población a la que básicamente nos dirigimos.



El Enclave, tiene la misión de provocar procesos de reflexión en los chavales y las chavalas de la calle, ayudando a minimizar los riesgos que sus prácticas de ocio y de relación tienen (consumo, prácticas sexuales, relación con padres y madres, futuro, estudios...).



Es además un “observatorio” que el ayuntamiento tiene en la calle, por lo que hay que darle mucha importancia a cómo observar y cómo volcar la información. Se trabaja con mediadores juveniles (hoy esto no resulta novedoso, muchísimos programas, lo hacen. Lo rompedor fue hacerlo en los años 90).



El proyecto Kolokon.com fue la oportunidad que aprovechamos para trabajar con los chicos y chicas que se relacionaban con el mundo a través de las redes sociales, cosa que era una dificultad para los mediadores que trabajaban a pie de calle y a los que no accedían. Estos mismos mediadores fueron los que diseñaron en un primer momento la página web.

De las sanciones que se derivaron de la aplicación de la Ordenanza Reguladora de Publicidad, Venta y Consumo de Alcohol, surgió la oportunidad para el Área de comenzar con el programa de “Jóvenes Indiscretos”, donde la multa por consumo en la calle es sustituida por un taller de fin de semana de contenido educativo donde los chavales, siempre a través de mediadores juveniles, son formados en reducción de riesgos.

Después, surgió el fenómeno de las lonjas juveniles, espacios privados y alquilados por jóvenes en antiguos locales comerciales, que asustaban por su opacidad al vecindario a padres y madres y a responsables políticos. Y también esto pudo ser transformado en espacio de aprendizaje, de responsabilidad, autogestión y convivencia, trabajando los consumos de alcohol y otras sustancias en su propio espacio.

Posteriormente los programas “Síndrome del lunes” y “welcome to Tijuana” nos han permitido trabajar con adolescentes en sus momentos escolares “diluidos”. El primero haciendo un paréntesis el lunes en clase antes de comenzar con los

polinomios, racionalizando y reflexionando sobre el fin de semana pasado y anticipando el próximo y el segundo, aprovechando la oportunidad educativa que se tiene con las chicas y chicos sancionados en los centros, que en lugar de ser expulsados a casa, nos son “cedidos” para realizar un itinerario educativo sobre el problema o problemas que motivaron su expulsión.

De todos hemos aprendido, de todo hemos sabido sacar una aprovechamiento añadido. Sobre todo, nos ha servido para apreciar el conflicto, la crisis, el problema como factor importante de la oportunidad de trabajo.

Quiero además ofrecer las conclusiones que sobre el alcohol y los/las menores en una jornada de reflexión que se realizó en Portugalete, en colaboración con EDEX, con personas expertas, además de con jóvenes, y que se pueden encontrar en la página web del Ayuntamiento de Portugalete: http://www.portugalete.org/portal_localweb/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/O_500_1.pdf



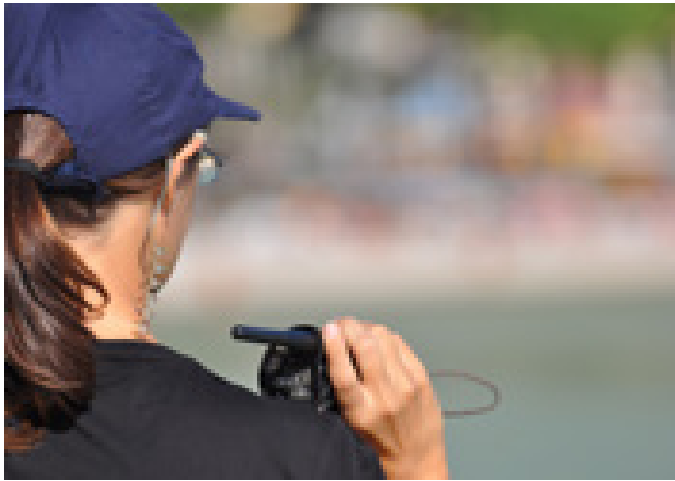
MESA

1

PREVENCIÓN

1.3.

LA POLICÍA LOCAL COMO AGENTE PREVENTIVO EN EL CONSUMO DE DROGAS



Alicia Nieto Jiménez

Licenciada en Pedagogía. Universidad Ciencias de la Educación, Granada. Coordinadora del equipo de Prevención de Proyecto Hombre Granada. Comisión Nacional de Prevención en el ámbito Laboral.

Más de 20.000 personas se congregan cada año en el espacio reservado para el “botellódromo” junto a la salida de la circunvalación de Méndez Núñez de la capital granadina durante la **Fiesta de la Primavera**. Unos 9.500 metros cuadrados de superficie destinados a beber alcohol en grupo. Pero para muchos vecinos de la zona la Fiesta de la Primavera puede convertirse en motivo de pesadilla. En su calendario, esa fecha significa “no poder pegar ojo en toda la noche” o incluso pensar en huir de la ciudad durante unos días para evitar las molestias que le ocasiona vivir cerca del “botellódromo” en el que se citan miles de jóvenes. Antes, durante y después de la celebración conviven con “**el ruido, la suciedad, la rotura de mobiliario urbano, el corte al tráfico de algunas calles**” e incluso daños en sus portales que han hecho que algunos de ellos tengan que **contratar seguridad privada**.

Según los vecinos de esta zona, en el sitio reservado para esta cita “no hay metros cuadrados suficientes ni servicios” por lo que los jóvenes optan por celebrar su propia fiesta en los barrios cercanos. La cara y la cruz de una actividad que, por un lado, permite trasladar la zona de ocio relacionado con el consumo del centro hacia la periferia y las molestias que esta actividad ocasiona a los vecinos.

En este tipo de situaciones se ven involucrados los Agentes de Policía de la ciudad y manifestaron en su momento la necesidad de recibir ayuda, y es por eso que se valoró la posibilidad de hacer una formación que se adapte a este fenómeno social.

Todo empezó en 2010 con las primeras promociones de personal del cuerpo de Policía y se continuó en años sucesivos, dirigiendo los cursos a agentes locales que trabajaban con jóvenes en situaciones de riesgo o con casos de personas que pudieran estar iniciándose en el consumo de drogas y tengan que mediar o intervenir de alguna manera.

Esta iniciativa está incluida en un programa en colaboración con el Ayuntamiento de Granada y la Junta de Andalucía llamado “Granada Sin Drogas”. La idea surgió a raíz de observar que la acción preventiva es el arma más eficaz para enfrentarse al problema del consumo de drogas, sobre todo entre los más jóvenes, siendo los lugares públicos las zonas donde se desarrollan con mayor eficacia.

La idea que persigue Proyecto Hombre Granada con este tipo de actuaciones:

- Asesorar y formar a los agentes en habilidades sociales para intervenir con menores. Conocer la base teórica para comprender las estrategias de prevención y primeras intervenciones con la persona.
- Dotar de contenido y de recursos metodológicos para poder realizar dicho trabajo.
- Desarrollar entrenamiento específico de las actividades a realizar.
- Concienciarles sobre el privilegiado papel que tienen en la sociedad por el hecho de ser figura de autoridad.
- Información correcta y actual sobre drogas, tanto de las que ya se conocen y como de las drogas emergentes.



“ELEMENTOS POSITIVOS A DESTACAR DE ESTA INICIATIVA, ES EL AUMENTO DE DERIVACIONES DE JÓVENES A NUESTRO CENTRO DE TRATAMIENTO POR PARTE DE LA SUBDELEGACIÓN DE GOBIERNO A RAÍZ DE ESTA FORMACIÓN”.

Una prevención selectiva como la que presentamos, se caracteriza precisamente por intentar dar cobertura a:

- Personas que mantienen un consumo habitual de drogas legales (alcohol y tabaco).
- Aquellas que mantengan un consumo experimental de drogas ilegales (cannabis, cocaína...).
- Que estén integrados en grupos de referencia, de iguales y tengan signos/indicios de consumo de drogas.
- Estilo de ocio preferentemente asociado al consumo de drogas.
- Baja motivación y bajo rendimiento escolar, y/o absentismo.

Las sesiones con los agentes se desarrollaron durante varios meses al año, de manera que cada semana se formaba un grupo diferente con formación de lunes a viernes, por parte de personal de Proyecto Hombre.

La metodología era por un lado teórica y por otro lado práctica y participativa, a través de videos, casos prácticos y situaciones reales. Los contenidos eran los siguientes:

Según los testimonios que compartían los Agentes en la formación, a diario se les presentaban situaciones difíciles con los menores y para ellos era muy positivo que se les brindara la posibilidad de adquirir habilidades sociales e información adecuada acerca del mundo de las drogas y los adolescentes.

Elementos positivos a destacar de esta iniciativa, es el aumento de derivaciones de jóvenes a nuestro centro de tratamiento por parte de la Subdelegación de Gobierno a raíz de esta formación, ya que anteriormente les habían sancionado administrativamente debido a la tenencia de cannabis. También observamos un incremento importante de participación familiar que demandaba ayuda aconsejados por los agentes.

Al mismo tiempo, llevamos a cabo unas actuaciones de sensibilización social en las zonas de más tránsito juvenil de la ciudad, con el objetivo de prevenir problemas derivados del abuso de alcohol y para proteger a las personas que ya puedan estar bebiendo, así como evitar problemas relacionados con la seguridad en la conducción.

Este proyecto tiene dos bloques diferenciados:

- Carpa informativa:** Dirigida a la población juvenil en lugares de ocio diurno y nocturno (plazas públicas, lugares de encuentro, botellódromo...).
 - **Actividades:** Stand Informativo, “Que ésta no sea vuestra última foto...”, “Dónde van tus manos los fines de semana...”, entrevistas a los participantes.
- Intervención en locales de ocio:** Dirigidas al colectivo de profesionales y empresarios de la hostelería (locales de ocio, bares, pubs, discotecas.).
 - **Metodología:** sesiones informativas en establecimientos de ocio juvenil (una hora y media por establecimiento). Entrega de material a los locales (carteles, posavasos, pulseras...).

BIBLIOGRAFÍA

- Becoña, E y Martín E (2007). Manual de intervención en drogodependencias. Madrid, Ed. Síntesis.
- CIS (2007). Los jóvenes frente al alcohol 2007.
- Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre Drogas. Informe Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. 2013. En <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/oed/home.htm>
- Corte, M. (17 Marzo de 2015). Granada contra el botellón. El Mundo. Recuperado de <http://www.elmundo.es/andalucia/2015/03/17/550852fd22601da22c8b4593.html>.

MESA

2

➤ INVESTIGACIÓN

2.1.

RENDIMIENTO NEUROPSICOLÓGICO EN PACIENTES QUE DEMANDAN TRATAMIENTO POR EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

Lorena Belda Ferri

Doctora en Psicología por la Universitat de València (Marzo, 2015). Colaboradora en la Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja (Valencia), en tareas de investigación, así como de evaluación e intervención en adicciones químicas y comportamentales.



El estudio sobre los déficits neuropsicológicos en adicciones ha cobrado una especial relevancia en las últimas décadas, lo que se debe fundamentalmente a sus implicaciones en aspectos tan importantes como el pronóstico terapéutico y el diseño de estrategias adecuadas de intervención (Landa, Fernández y Tirapu, 2004; Madoz, Ochoa y Martínez, 2009). Sin embargo, y a pesar de que el policonsumo de sustancias constituye un patrón de consumo cada vez más prevalente en la población general (DGPNSD, 2013), tanto los servicios asistenciales de demanda de tratamiento como la investigación previa, suelen informar de la sustancia principal por la que el paciente acude a tratamiento, no ofreciendo información sobre los consumos de otras sustancias, los cuales pueden tener efectos en el rendimiento neuropsicológico de los pacientes.

El objetivo principal de este trabajo es identificar las alteraciones neuropsicológicas que aparecen como consecuencia del consumo de distintas drogas en pacientes que demandan tratamiento en un recurso ambulatorio de la Comunidad Valenciana, la Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja. El conocimiento de las características cognitivas con las que inician tratamiento los pacientes permitirá diseñar una intervención psicosocial más ajustada a sus necesidades.

Para la consecución de este objetivo se seleccionaron 144 pacientes que fueron asignados a tres grupos experimentales: dependencia a alcohol (n=31); consumidores de alcohol y cocaína (n=35) y policonsumidores (n=78). Se recogió información sobre variables sociodemográficas y clínicas extraídas de la historia clínica de los pacientes; sobre el patrón de consumo mediante la Adaptación de la Entrevista de Investigación del Comportamiento Adictivo (López-Torrecillas, Martín, De la Fuente y Godoy, 2000) y de la exploración neuropsicológica mediante la Batería Luria-DNA Diagnóstico Neuropsicológico de Adultos (Manga y Ramos, 2007).

Asimismo, se evaluó el rendimiento neuropsicológico de personas sin historia de consumo de drogas y con consumos de alcohol inferiores a los niveles de riesgo fijados por la Organización Mundial de la Salud, constituyendo el grupo control 36 personas con características similares a los grupos experimentales.

En la tabla 1 se muestran los datos de la edad de los grupos experimentales y el tiempo de consumo de alcohol, donde se observa que los grupos de pacientes que realizan consumos combinados son más jóvenes y han realizado un menor tiempo de consumo. Por lo que el proceso adictivo parece evolucionar más rápido, ya que también son estos colectivos lo que han realizado una demanda de tratamiento más inmediata.

		OH N=31	OH+ ESTIM N=35	POLIS N=78	F (p)
EDAD	MEDIA DESV, TIP RANGO	51,13 8,119 32-70	39,23 9,143 18-57	32,55 8,803 17-56	50,066 (,000) ^{a,b,c}
TIEMPO CONSUMO	MEDIA DESV, TIP RANGO	32,74 9,89 6,4 - 56,5	20,99 9,6 3 - 38,5	16,65 8,41 3 - 43	34,861 (,000) ^d

Tabla 1.

Comparación entre medias mediante ANOVA. Comparación entre grupos mediante prueba de Scheffé.

Diferencias con $p < 0,05$. a grupo OH vs. Grupo OH+EST vs. Grupo POLI. b grupo OH+EST vs. Grupo OH vs. Grupo POLI. c grupo POLI vs. Grupo OH vs. Grupo OH+ EST. d grupo OH vs. Grupo OH + EST y POLIS

En las variables clínicas, los mayores porcentajes de pacientes que han recibido tratamiento previo por consumo son el grupo de alcohol + estimulantes (60%) y el grupo de policonsumidores (50%). Presentando diferencias con el grupo de alcohol pero no entre ellos ($X^2 = ,970$; $p > ,325$). Tal y como afirman Roncero et al., (2012) los policonsumidores suelen ser más proclives a abandonar el tratamiento durante el primer mes, sugiriéndose de este modo que el consumo combinado de sustancias es más susceptible a la recaída en el consumo, de una u otra sustancia (Pennings, Leccese y Wolff, 2002).

En la época de máximo consumo de alcohol, el grupo de alcohol consume con mayor frecuencia (diariamente) que ambos grupos de sustancias combinadas ($H = 14,947$; $p < ,001$). En la cantidad de consumo semanal, se encuentra que el grupo de alcohol realiza un

“El conocimiento de las características cognitivas con las que inician tratamiento los pacientes permitirá diseñar una intervención psicosocial más ajustada a sus necesidades”.



consumo más elevado que el de alcohol + estimulantes ($U=327,5$; $p<,021$), pero sin diferencias con los policonsumidores o entre los que realizan consumos concomitantes. Por lo que el grupo de policonsumidores realiza ingestas de alcohol más concentradas ya que consumen con menos frecuencia las mismas cantidades semanales que el grupo de alcohol.

El perfil neuropsicológico del grupo de alcohol se caracteriza por déficits en el *Área de la Memoria, Área Visoespacial, Control Atencional* y en el Subtest de *Dibujos temáticos y Textos*. Por lo que van a presentar dificultades en mantener la concentración, distrayéndose con facilidad. Déficits en la retención y en la recuperación de la información y en la memoria asociativa y dificultades, tanto el reconocimiento de formas y figuras como la capacidad para manejar coordenadas espaciales esenciales.

En vista de las dificultades cognitivas que presentan los dependientes de alcohol, se sugieren sesiones de intervención cortas y más frecuentes, que faciliten el mantenimiento de la atención, así como presentar los contenidos del plan de tratamiento de una forma sencilla, reduciendo la cantidad de la información y el nivel de exigencias. La utilización de técnicas de balance decisional y solución de problemas, de forma gráfica y con ensayos repetidos podrían ser adecuados para el mantenimiento de la abstinencia y la integración de los elementos emocionales implicados en los procesos de cambio.

Los consumidores de sustancias combinadas presentan perfiles muy similares. Los principales déficits aparecen en la memoria indirecta. Los déficits en la utilización de medios activos al servicio de los procesos mnésicos e intelectuales están conceptualmente vinculados a los resultados del tratamiento y al mantenimiento de la abstinencia (Bates, Buckman y Nguyen, 2013) ya que pueden estar asociados con dificultades en la retención de instrucciones complejas, en la selección de información relevante en las sesiones clínicas y en la generalización de aprendizajes específicos (Fernández, Pérez, Río y Verdejo, 2010). En este sentido, se recomiendan intervenciones basadas en programas de prevención de recaídas, donde se trabajen elementos facilitadores del consumo asociados a factores intra e interpersonales y situacionales, que puedan generar estrategias de afrontamiento adecuadas para el mantenimiento de la abstinencia, que incrementen la sensación de control y la autoeficacia percibida.

“EL GRUPO DE POLICONSUMIDORES REALIZA INGESTAS DE ALCOHOL MÁS CONCENTRADAS YA QUE CONSUMEN CON MENOS FRECUENCIA LAS MISMAS CANTIDADES SEMANALES QUE EL GRUPO DE ALCOHOL”.

Al comparar el rendimiento cognitivo de los grupos experimentales con el grupo control se observan diferencias significativas en todos los subtest, obteniendo el grupo control las puntuaciones más elevadas en todos ellos.

En cuanto a las comparaciones entre los tres grupos experimentales, el rendimiento del grupo de alcohol es más bajo en todas las subescalas de la batería, pero significativo en Control Atencional ($F(2,141)=4,276$; $p<,016$). Tal y como encontraron otros estudios (Johnson et al., 2005; Ruiz et al., 2009; Spronk, van Wel, Ramaekers y Verkes, 2013; Woicik et al., 2009), el componente atencional en los grupos que consumen cocaína mejora en la abstinencia a corto plazo. Por lo que este dominio puede verse alterado cuando los efectos de los estimulantes hayan cesado. Sería interesante y recomendable, evaluar a los pacientes tras un periodo de abstinencia mucho mayor, ya que es previsible que los deterioros en la atención se muestren más tarde en los pacientes que consumen cocaína.

BIBLIOGRAFÍA

- Bates, M. E., Buckman, J.F. y Nguyen, T. (2013). A role for cognitive rehabilitation in increasing the effectiveness of treatment for alcohol use disorders. *Neuropsychology Review*, 23(1):27-47.
- Fernández, M.J., Pérez, M., Río, J.S. y Verdejo, A. (2010). Neuropsychological consequences of alcohol and drug abuse on different components of executive functions. *Journal of Psychopharmacology*, 24(9), 1317-1332.
- Johnson, B.A., Roache, J.D., Ait-Daoud, N., Wallace, C.L., Wells, L.T., Wang, Y. y Dawes, M.A. (2005). Effects of isradipine on cocaine-induced changes in cognitive performance in recently abstinent cocaine-dependent individuals. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 8, 549-556.
- Landa, N., Fernández, J. y Tirapu, J. (2004). Alteraciones neuropsicológicas en el alcoholismo: una revisión sobre la afectación de la memoria y las funciones ejecutivas. *Adicciones*, 16(1), 41-52.
- López-Torrecillas, F., Martín, I., De La Fuente, I. y Godoy, J. (2000). Estilo atribucional, autocontrol y asertividad como predictores de la gravedad del consumo de drogas. *Psicothema*, 12, 323-325.
- Madoz, A., Ochoa, E. y Martínez, B. (2009). Consumo de cocaína y daño neuropsicológico. Implicaciones clínicas. *Medicina Clínica (Barc)*, 132(14), 555-559.
- Manga D. y Ramos, F. (2007). Luria-DNA. Batería Luria de diagnóstico neuropsicológico de adultos. 2ª edición revisada. Madrid: TEA.
- Observatorio Español sobre Drogas (OED) (2013). Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2011-2012. En Informe 2013, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social (PNSD).
- Pennings, E.J., Leccese, A.P. y Wolff, F.A. (2002). Effects of concurrent use of alcohol and cocaine. *Addiction*, 97(7), 773-783.
- Roncero, C., Rodríguez-Cintas, L., Barral, C., Fuste, G., Daigre, C., Ramos-Quiroga, J.A. y Casas, M. (2012). Adherencia al tratamiento en drogodependientes remitidos desde urgencias de psiquiatría a tratamiento ambulatorio. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(2): 63-69.
- Ruiz, J. M., Pedrero, E., Llanero, M., Rojo, G., Olivar, A., Bouso, J.C. y Puerta, C. (2009). Perfil neuropsicológico en la adicción a la cocaína: consideraciones sobre el ambiente social próximo de los adictos y el valor predictivo del estado cognitivo en el éxito terapéutico. *Adicciones*, 21(2), 119-132.
- Spronk, D.B., van Wel, J.H.P., Ramaekers, J.G. y Verkes, R.J. (2013). Characterizing the cognitive effects of cocaine: A comprehensive review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37, 1838-1859.
- Woicik, P.A., Moeller, S.J., Alia-Klein, N., Maloney, T., Lukasik, T.M., Yeliosof, O., Wang, G.J., Volkow, N. y Goldstein, R.Z. (2009). The neuropsychology of cocaine addiction: recent cocaine use masks impairment. *Neuropsychopharmacology*, 34, 1112-1122.

MESA

2

> INVESTIGACIÓN

2.2.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO AMBULATORIO DEL ALCOHOLISMO

Sonia Esarte Esevenri

Psicóloga y Master en Psicopatología y Salud. Centro de Atención Ambulatoria Aldatu- Proyecto Hombre Navarra. Profesora Asociada de la Universidad Pública de Navarra.

RESUMEN

El principal objetivo de esta investigación es determinar la eficacia del tratamiento ambulatorio con pacientes alcohólicos que se desarrolla en la Fundación Proyecto Hombre Navarra. Para ello se tomarán en cuenta las variables sociodemográficas, de consumo, psicopatológicas y de personalidad de todos los participantes.

La muestra estará compuesta por 155 pacientes seleccionados entre aquellos que acuden en busca de ayuda a la Fundación Proyecto Hombre Navarra e inician tratamiento en el Centro de Atención Ambulatoria de adicciones Aldatu de dicha organización.

Todos ellos serán pacientes adultos que cumplen los criterios de abuso o dependencia de alcohol y drogas (con criterios diagnósticos en las clasificaciones de DSM-IV-TR y CIE-10), y habitualmente manifiestan síntomas y signos de intoxicación o abstinencia. El estado clínico varía en función del grado de severidad y de la presencia o no de comorbilidad psicopatológica. Frecuentemente presentan una larga historia de adicción y repetidos intentos de permanecer abstinentes con o sin tratamientos formales. Aunque los consumidores habituales de alcohol y drogas pueden mantener cierta funcionalidad en su estilo de vida, a menudo se manifiestan problemas psicológicos, médicos, sociales, legales, económicos, familiares y laborales.

Una vez seleccionados para el programa de tratamiento todos los pacientes completarán un protocolo de evaluación en el cual se llevarán a cabo una serie de entrevistas dirigidas a realizar el diagnóstico. Para ello se cuenta con los siguientes cuestionarios: EuropASI (Kokkevi & Hartgers, 1995; versión española de Bobes, González, Sáiz y Bousoño, 1996), SCL-90-R (Derogatis, 1992; versión española de González de Rivera, 2002), MCMI-II (Millón, 1997; versión española de Ávila, 1998).

Una vez realizado el diagnóstico y tras tener en cuenta las necesidades de cada caso, se realizará un tratamiento individualizado con un seguimiento minucioso, a nivel médico y psicológico, así como de los resultados obtenidos en relación con la adicción.

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

El abuso de alcohol y drogas es un problema de gran envergadura en la sociedad occidental actual. Se sabe que el uso de dichas sustancias va ligado a la existencia del hombre desde los tiempos más remotos, pero el abuso y la dependencia de alcohol y drogas son ahora más prevalentes que nunca. Se estima que entre un 90-95% de las personas consumen alcohol aunque sea esporádicamente. Hoy en día los trastornos por abuso de sustancias constituyen uno de los principales problemas de la salud pública, tanto por su consumo como por las consecuencias derivadas del mismo.

En la actualidad el diagnóstico relacionado con el consumo de sustancias se basa en los criterios diagnósticos que establecen tanto el DSM-5 (APA, 2013) como la CIE-10 (OMS, 1992).

El DSM-5 en su última versión diferencia el patrón de consumo de las sustancias (abuso y dependencia) y los síndromes conductuales ocasionados por el efecto directo en el sistema nervioso central. El diagnóstico de dependencia se basa en la aparición de diferentes síntomas conductuales y temporales que se recogen en tres diferentes grupos: criterios de dependencia física (1 y 2), criterios de consumo compulsivo (3, 4 y 7) y criterios de efectos adversos derivados del consumo (5, 6). También en la última versión de dicho manual se diferencia entre dependencia "con o sin dependencia física".



La CIE-10 también contempla diferentes criterios para diagnosticar la dependencia a sustancias. Estos son similares a los comentados en el DSM-5, pero además se incluye el concepto de consumo perjudicial (para los casos en los que el consumo todavía no ha alcanzado criterios de dependencia) y el anhelo o deseo de consumo (*craving*). Ambas clasificaciones diagnósticas describen los trastornos intentando mostrarse ateóricas aunque el modelo psicopatológico implícito es el propuesto por el modelo médico (Nelson, 1987).

La información sobre la topografía y las características que proporcionan los sistemas de clasificación son útiles para esclarecer y determinar un problema y, por tanto, la necesidad de tratamiento para el mismo. Estas funciones son realmente útiles para llevar a cabo estudios relacionados con la eficacia de los tratamientos. Sin embargo, la información que estos nos proporcionan no es suficiente para la comprensión del problema y la planificación de un tratamiento, que debe estar basado en un análisis funcional de la conducta y en la delimitación precisa de las áreas del estilo de vida que han sido afectadas por el consumo. A pesar de que las diferentes clasificaciones recogen síntomas acerca de las repercusiones que tiene el consumo, ninguna de ellas ofrece la posibilidad de realizar un perfil del paciente.

El consumo de alcohol y drogas, desde una aproximación funcional, es explicado a partir de los mismos parámetros que cualquier otra conducta, por ello puede ser analizado y modificado

como el resto de hábitos de comportamiento. Se tienen en cuenta, por tanto, características biológicas, determinados estados motivacionales y condiciones contextuales específicas y generales.

El alcohol cumple un papel funcional como reforzador positivo y negativo de aquellos comportamientos que se han llevado a cabo y las situaciones estímulares asociadas a los mismos. Se ha observado que no siempre el alcohol funciona de manera igual en todos los sujetos. Las propiedades reforzadoras de la sustancia pueden ser diferentes e interactuar de diferente manera, dependiendo de las interacciones con las variables antes mencionadas (biológicas, cognitivas y sociales). Así pues, no puede establecerse un modelo explicativo válido para todas las conductas adictivas más allá de los principios generales. A partir de ellos, las casuísticas que explican la adquisición o no de uno u otro tipo de conducta adictiva y las variables que las controlan han de ser examinadas de forma particular en cada caso. De esta manera, tanto los factores precipitantes como los que posteriormente determinan el problema han de considerarse de forma independiente. En definitiva, se trataría de utilizar el análisis de la conducta para determinar en cada caso particular las variables implicadas y las condiciones de las que dependen. Por todo ello se propone el modelo de la formulación biopsicosocial descrito y propuesto por Pomerleau y Pomerleau (1987) para explicar el inicio y mantenimiento de la conducta.

A pesar del auge que en los últimos años han tenido los tratamientos farmacológicos, es necesario reclamar el protagonismo de los tratamientos psicosociales de la drogadicción. Números estudios han documentado que las terapias psicológicas conductuales muestran eficacia en el tratamiento del alcoholismo a largo plazo. Más en concreto, las terapias que cuentan con mayor soporte empírico son: la aproximación de reforzamiento comunitario (CRA) (Azrin, Sisson Meyers y Godley, 1982), el manejo de contingencias (Higgins y Petry, 1999), la terapia de exposición (Kadden 2001), la terapia cognitivo-conductual (entrenamiento en habilidades sociales y prevención de recaídas) (Marlatt y Gordon, 1985) y la terapia conductual familiar y de pareja (Miller et al., 1995).

METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO

SUJETOS

La muestra de este estudio estará compuesta por 155 pacientes adictos al alcohol que deciden llevar a cabo un tratamiento ambulatorio en el Centro de Atención Ambulatoria de Aldatu (programa perteneciente a la Fundación Proyecto Hombre Navarra).

Los criterios de inclusión para participar en el estudio serán los siguientes: 1) ser mayor de edad; 2) tener algún tipo de problema relacionado con el consumo de alcohol; 3) haber firmado el consentimiento informado para participar en los estudios que se llevan a cabo en Proyecto Hombre Navarra.

EVALUADOR

La evaluación de los pacientes será llevada a cabo por una psicóloga miembro del equipo de Aldatu con siete años de experiencia en la evaluación y tratamiento de pacientes adictos al alcohol.

PROCEDIMIENTO

La evaluación de todos los participantes se llevara a cabo con datos obtenidos en el Centro de Atención Ambulatoria de Adicciones Aldatu.

El Centro de Día Aldatu es un servicio perteneciente a la Fundación Proyecto Hombre Navarra en el que se atiende a personas mayores de edad con problemas de drogas y/o alcohol en régimen ambulatorio para deshabitación. Las entrevistas al inicio suelen ser con carácter semanal y a medida que la evolución del paciente es favorable se van distanciando en el tiempo. Aunque las entrevistas individuales son las que mayor peso tienen en el proceso terapéutico, frecuentemente se mantienen encuentros con los familiares de referencia. El trabajo con la familia es de suma importancia ya que proporciona información que complementa la del paciente, realizan un control externo necesario en momentos iniciales, y se garantiza que las pautas indicadas en el tratamiento se lleven a cabo correctamente. Además con frecuencia las familias requieren de apoyo psicológico por la afectación emocional que supone la realidad de los consumos del paciente. Si la situación del paciente lo permite y el profesional encargado del caso lo considera oportuno, también se plantea la posibilidad de acudir a grupos centrados principalmente en la prevención de recaídas.

Se puede describir el proceso de tratamiento de manera genérica definiendo diferentes fases o momentos, en los cuales se realiza un abordaje individualizado a las necesidades del problema del usuario. La consecución de objetivos no es lineal sino dinámica y se pueden dar situaciones de consumo o recaídas. El tratamiento ambulatorio se realiza en tres fases o momentos:

1. Admisión o evaluación inicial: donde se realiza un contrato terapéutico y se define la demanda. Se realiza una valoración del consumo para poder hacer un diagnóstico diferencial entre consumo perjudicial de la sustancia y de dependencia.
2. Tratamiento individualizado y/o grupal: donde se facilita la toma de conciencia del problema de la persona. Se analizan e identifican las situaciones de riesgo, desencadenantes del consumo y se enseñan estrategias de afrontamiento. También se orienta hacia un cambio de estilo de vida sin consumo de sustancias.
3. Seguimiento: se observan los cambios realizados y el mantenimiento de los objetivos planteados. Tras recibir el alta (para ello es necesario que se mantengan abstinentes y se hayan cumplido parcial o totalmente los objetivos de tratamiento) el paciente es citado para supervisión a los 3, 6 y 12 meses respectivamente.

“Con frecuencia las familias requieren de apoyo psicológico por la afectación emocional que supone la realidad de los consumos del paciente”.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso Fernández, F. Alcohol y Dependencia. Editorial Pirámide, Madrid, 1981.
- Casas, M., Gossop, M. Recaída y prevención de Recaídas. Editorial Citran, Barcelona, 1993.
- Casas, M., Gutiérrez, M., San, L. Psicopatología y alcoholismo. Editorial Citran, ediciones en neurociencia, Barcelona, 1994.
- Cuevas, J., Sanchís, M. Tratado de alcoholología. Editorial Nilo industria Gráfica, 2000.
- Gimeno, C., Climent, J.M., San Juan, J et al. (1987). Alteraciones cognitivas en pacientes alcohólicos. Adicciones, Vol. 1, nº2 (130-155).
- González, M., Ibáñez, I., Peñate, W (1997). Consumo de alcohol, búsqueda de sensaciones y dimensiones básicas de personalidad. Análisis y modificación de la conducta, 23,385-404.

MESA

3

➤ TRATAMIENTO

3.1.

CONSUMO DE ALCOHOL COMO ENFERMEDAD O COMO CONDUCTA DE RIESGO:

¿ES POSIBLE LA UNIFICACIÓN DE MODELOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES?

La concurrencia de cambios corporales y cambios en el comportamiento reconocido como psicológico, no necesariamente nos obliga a asumir que ambos tipos de cambios están correlacionados o que muestran una relación causal. Aunque el carácter episódico de los fenómenos psicológicos alerta sobre la inutilidad de buscar correspondencias en el interior del cerebro, es una creencia común suponer que algunos datos electrofisiológicos, electroquímicos o morfológicos constituyen necesariamente antecedentes o correspondencias con algunos fenómenos psicológicos.

E. Ribes-Iñesta (2008)

Amparo Carreras Alabau

Psicóloga CAID San Fernando de Henares. Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

INTRODUCCIÓN

La atención integral de las drogodependencias ha sido un empeño de las instituciones sanitarias españolas desde la creación del Plan Nacional sobre Drogas en 1985 y ha supuesto, sin lugar a dudas, un gran avance en la mejora asistencial dirigida a personas con problemas asociados al consumo de drogas. Sin embargo, el buen funcionamiento en el nivel administrativo no asegura necesariamente un mayor nivel de eficacia en la solución del problema de la adicción y ello tal vez sea debido a la confusión conceptual sobre la definición misma del problema, su etiología, los factores que afectan a su desarrollo, el diagnóstico, la aplicación de los tratamientos oportunos y el establecimiento del criterio de éxito en los mismos. Todo ello en un contexto social no ajeno a los intereses políticos y económicos dominantes.

Efectivamente, la situación actual nos muestra una realidad de aparente colaboración entre disciplinas afines interviniendo sobre un mismo problema social como es la adicción a las drogas, pero tal colaboración se da solo en el plano organizativo y no en el disciplinar, ya que se ha impuesto un tipo de asistencia biopsicosocial basada en los fundamentos biológicos del modelo de enfermedad, donde la comprensión de los factores psicológicos y las condiciones sociales que afectan a los individuos con problemas de adicción ha sido sustituida por la aplicación de estrategias estereotipadas y la mera gestión de recursos. El modelo biológico de enfermedad en las adicciones ha tenido y tiene detractores entre sus propias filas y no pocos, como señalan Hall, Carter y Forlini (2015), pero también ha contado con simpatizantes en la psicología (Pendery, Matzman y West, 1982), con peores consecuencias al interferir en el desarrollo científico de su propio campo.

PASADO Y PRESENTE DEL MODELO DE ENFERMEDAD

El modelo biológico de enfermedad tiene sus orígenes en los años 40 en los Estados Unidos, cuando el *Comité Nacional para la Educación sobre el Alcoholismo* consiguió el acuerdo de científicos y médicos en calificar el alcoholismo como una enfermedad, hasta ese momento considerado una falta moral bajo el control de grupos con profundas raíces religiosas vinculados al *Movimiento por la Templanza*, entre ellos la asociación de Alcohólicos Anónimos. Surgió entonces el llamado *Modelo Minnesota* basado en la estrecha colaboración de ambas organizaciones, la científico-médica y Alcohólicos Anónimos (AA), definiendo el alcoholismo como una enfermedad primaria multifásica que afectaba física, mental y espiritualmente. El Modelo Minnesota se aplicó tanto a nivel ambulatorio como en comunidades terapéuticas (*Synanon*; *Daytop Village*), reproduciendo los principios jerárquicos de funcionamiento interno de la asociación de AA y combinando la asistencia sanitaria con atención social y apoyo espiritual (Carreras, 2011); colaboración que permanece hasta nuestros días. En 1965 la calificación de enfermos alcohólicos se extendió a personas dependientes de opiáceos, permitiendo así un tratamiento vetado hasta ese momento. Los doctores Vincent Dole y Marie Nyswander (1967), formularon que la adicción a heroína era una enfermedad metabólica, un trastorno fisiológico que solo se equilibraría con la administración mantenida de un opiáceo, siendo la metadona el fármaco de elección. La concepción crónica de la enfermedad, debido a la dificultad para evitar recaídas postratamiento, hizo que la indicación de metadona evolucionara hacia una prescripción indefinida, correctiva y no curativa. En 1980 se generalizó el modelo de enfermedad a todas las adicciones con la inclusión del trastorno por uso de sustancias en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM III. *American Psychiatric Association*, 1980), llegando al diagnóstico de *Patología Dual* a partir del año 2001, por el *National Institute on Drug Abuse* (Volkow, 2001). La adicción, además de posible patología dual, ha compartido desde entonces el diagnóstico de enfermedad mental con el de enfermedad genética (Kendler, Chen, Dick et al., 2012) y enfermedad neurológica (Leshner, 1997), bajo la denominación común del llamado Modelo de Enfermedad Cerebral de la Adicción (BDMA; *Brain Disease Model of Addiction*).

Los tratamientos para la adicción dispensados bajo el paraguas conceptual del modelo de enfermedad, apoyados bien en clasificaciones diagnósticas o en sofisticadas pruebas genéticas y/o neurológicas, se han basado en una combinación de fármacos y estrategias de control sobre la conducta de beber. La industria farmacológica no ha cesado de apoyar y financiar ensayos sobre nuevos medicamentos capaces de "curar" la enfermedad o en su defecto de paliar la sintomatología concomitante (agonistas, antagonistas, vacunas, interdictores, psicofármacos, fármacos para revertir cambios epigenéticos, etc.), pero también se han propuesto procedimientos más drásticos de neurocirugía ablativa o, como alternativa por su reversibilidad, de estimulación cerebral profunda (Hall et al., 2015). Los procedimientos empleados para el control de la conducta de beber se han basado tradicionalmente en métodos psicoterapéuticos de confrontación directa (médico-paciente o paciente-paciente) para reducir los mecanismos de defensa de la persona adicta (negación, racionalización, proyección) y avanzar en su "entrega", "aceptación de la indefensión" y "reducción del ego"; siendo el mantenimiento de la abstinencia responsabilidad



del grupo de iguales (ayuda mutua) y familiares. Posteriormente se han incorporado estrategias cognitivo-conductuales (Carroll, 1998), mostrándonos un intento de colaboración multidisciplinar, donde procedimientos conductuales han sido y siguen siendo aplicados desde un paradigma bio-médico.

“LA CONCEPCIÓN CRÓNICA DE LA ENFERMEDAD, DEBIDO A LA DIFICULTAD PARA EVITAR RECAÍDAS POSTRATAMIENTO, HIZO QUE LA INDICACIÓN DE METADONA EVOLUCIONARA HACIA UNA PRESCRIPCIÓN INDEFINIDA, CORRECTIVA Y NO CURATIVA”.



MODELO DE CAMBIO: EL CONTRAPUNTO

El cambio de una conducta problemática por otra ejemplar o, en términos de salud, de una conducta de riesgo por otra preventiva, constituye el objeto de intervención de los modelos basados en los paradigmas psicológicos de los Principios del Aprendizaje. En el tratamiento de las adicciones, del alcoholismo en particular, un precedente se puede fijar a principios de los años 30 con Richard Peabody (1931), discípulo del llamado *Movimiento de Emmanuel* surgido en Alemania bajo los principios de *La Ilustración*. Pero la verdadera alternativa al pensamiento científico mayoritario en las adicciones apareció con fuerza en la década de los 60 con los primeros ensayos sobre procedimientos de entrenamiento en beber controlado (Davis, 1962), desarrollados con rigor metodológico por Mark y Linda Sobell (1978) y con otras aportaciones que explicaban el problema de la adicción desde un paradigma conductual, postulando un modelo no patológico (ni psicopatológico) que describía la adicción como una de las muchas subclases de sistemas normales de motivación adquirida (Solomon, 1974).

También desde la biomedicina se generó en esos años una corriente llamada "antipsiquiatría" liderada por Ronald Laing (1960) y Maxwell Jones (1968), en la que se criticaban los procedimientos aplicados a los enfermos mentales y hasta se cuestionaba la noción misma de enfermedad mental. Sus ideas se tradujeron en la fundación de comunidades terapéuticas llamadas "democráticas", con estructura y funcionamiento opuestos a los utilizados por el Modelo norteamericano de Minnesota. El modelo inglés se desarrolló en la comunidad terapéutica de *Kingsley Hall* se generalizó a varios países europeos, entre ellos España (González-Duro, 1982). Muy relacionado con este modelo británico (*British System*) apareció en los años 80 el movimiento de la *Harm Reduction* asociado a una particular política de drogas y vinculado inexorablemente a la expansión de la epidemia del SIDA, que defendía intervenciones basadas en la aplicación de principios y estrategias dirigidas a minimizar las consecuencias perjudiciales del uso de drogas, propiciando cambios sobre las conductas de riesgo (Harm Reduction Coalition, 2008).

Coincidiendo con la formulación de modelos de cambio desde la disciplina biomédica, la perspectiva psicológica (no patológica) predominante en el análisis de consumo de drogas durante los años 80 fue el enfoque cognitivo-conductual, que propició un buen número de estudios y publicaciones científicas dirigidas al análisis y el tratamiento de las adicciones en general y del alcoholismo en particular. Las técnicas basadas en el paradigma cognitivo-conductual y derivadas del *análisis funcional de conducta*, se combinaban con procedimientos fundamentados en los paradigmas clásico e instrumental (moldeamiento, exposición con prevención de respuesta; manejo de contingencias, desensibilización sistemática, etc.). Dos de las contribuciones más importantes de la época fueron el modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon (1985) y el modelo de afrontamiento del estrés de Lazarus y Folkman (1986). En ambos planteamientos se hace énfasis en la adquisición de competencias de autocontrol como modo de regular la propia conducta y mejorar la efectividad de afrontamiento de situaciones de riesgo de recaída, ya estén relacionadas con estímulos asociados al consumo de drogas o con acontecimientos estresantes de la vida cotidiana. A partir de entonces, avances y nuevos enfoques en la ciencia del comportamiento han contribuido a la comprensión y el tratamiento de la adicción (*Modelo Psicológico de Salud de Ribes*, 1990/2008; *Entrevista Motivacional* de Miller y Rollnick, 1999; *Terapias Contextuales de Tercera Generación*, de Hayes, 2001), sin abandonar la concepción de conducta aprendida y considerando enfermedades y/o problemas sociales como posibles daños derivados de la conducta de riesgo de usar, abusar o consumir drogas con patrón adictivo, sobre los que es necesario actuar tanto o más que sobre la misma conducta de beber. En palabras de Ribes (1990, p. 89):

El alcoholismo no constituye en sí mismo una conducta desviada ni es muestra de anormalidad. El consumo exagerado de alcohol, en ciertas condiciones, puede propiciar daños biológicos conocidos, así como auspiciar conflictos a nivel interpersonal y social. Sin embargo, aun cuando el alcoholismo per se puede constituir el comportamiento problema (más que el comportamiento anormal), en muchas ocasiones, el alcoholismo es un comportamiento asociado a otros problemas individuales que difieren siempre en naturaleza y circunstancia de un individuo a otro.

CONCLUSIONES

Tras la revisión del surgimiento y desarrollo de dos modelos conceptuales en el tratamiento de la adicción y en respuesta a la cuestión inicialmente planteada, señalamos al menos tres consideraciones:

- a. El modelo de enfermedad en la adicción y el modelo de cambio no son reductibles a un modelo común; sus postulados parten de dimensiones lógicas distintas, de diferentes modos de conocimiento de la realidad y no parece posible unificar ni la definición del problema (enfermedad vs conducta de riesgo), ni la metodología de exploración y diagnóstico (clasificaciones diagnósticas y pruebas genéticas o neurológicas vs observación y análisis funcional de conducta) ni los tratamientos para la solución del problema (correctivos o paliativos vs cambio de conductas de riesgo por conductas de prevención) ni el modo de actuar frente a las recaídas (mantenimiento indefinido de fármacos y control social vs promoción de capacidades e incremento de competencias en la regulación de la propia conducta).
- b. El problema de la unificación de modelos tiene raíces profundas de índole filosófica y está muy vinculado a contingencias sociales, políticas y económicas; el desarrollo de la psicología no está al margen de ello; pero todavía surgen voces cualificadas (Pérez-Álvarez,

2011) afirmando taxativamente que desde la ciencia del comportamiento no es admisible la patologización de la conducta. Sí dispone, no obstante, de modelos explicativos que vinculan el comportamiento con los procesos de salud/enfermedad y se puede intervenir tanto en acciones preventivas como terapéuticas y rehabilitadoras. La existencia de patologías asociadas al consumo de drogas es incuestionable, pero el consumo en cualquiera de sus momentos (uso, abuso o adicción) no se considera una de ellas.

- c. Finalmente, remarcar que la defensa de un modelo no patológico en el tratamiento de las adicciones no supone un enfrentamiento entre distintas profesiones, más bien todo lo contrario. La adscripción a cualquiera de los dos modelos revisados no se corresponde necesariamente con sus respectivas corporaciones profesionales y se pueden encontrar opiniones a favor y en contra en ambos sentidos. Sin embargo, el trabajo interdisciplinar capaz de mejorar la efectividad de los tratamientos para la adicción solo es posible, según el punto de vista que se ha defendido, desde un modelo de cambio, bajo el que se sumen los esfuerzos de profesionales de diferentes disciplinas con el objetivo de mejorar, sin prejuicios y hasta donde sea posible con cada paciente, la salud y la calidad de vida de las personas con problemas de adicción.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Carreras, A. (2011). Intervenciones en el consumo de alcohol: de los grupos de autoayuda a la regulación de la propia conducta. ¿Métodos complementarios o antagónicos? *Clínica Contemporánea*, 2, 249-269
- Carroll, K. M. (1998). *A cognitive behavioral approach: treating cocaine addiction*. Rockville MD: National Institute on Drug Abuse.
- Dole, V. y Nyswander, M. (1967). Heroin addiction: a metabolic disease. *Archives of Internal Medicine*, 120, 19-24.
- González Duro, E. (1982). *Distancia a la locura: teoría y práctica del Hospital de Día*. Madrid: Fundamentos.
- Hall, W., Carter, A. y Forlini, C. (2015). The brain disease model of addiction: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises? *Lancet Psychiatry*, 2, 105-110
- Harm Reduction Coalition (2008). *Principles of harm reduction: what defines harm reduction in your agency or in your advocacy? The 7th National Harm Reduction Conference; 2008 November 13-16; Miami*. EE.UU. Disponible en: <http://www.harmreduction.org/downloads/HRCRegistration08-1Web.pdf>
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (Eds.). (2004). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.
- Jones, M. (1968). *Beyond the therapeutic community: social learning and social psychiatry*. New Haven: Yale University Press.
- Kendler, K., Chen, X., Dick, D., et al. (2012). Recent advances in the genetic epidemiology and molecular genetics of substance use disorders. *Nat Neurosci*, 15, 181-189.
- Laing, R. (1960). *El Yo dividido*. Madrid: Fondo de Cultura Económica
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Leshner, A. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278, 45-47
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford Press
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Paidós: Barcelona.
- Peabody, R. R. (1931). *The common sense of drinking*. Boston: Little, Brown and Co.
- Pendery, M. L., Maltzman, I. M. y West, L. J. (1982). Controlled drinking by alcoholics? New findings and reevaluation of a major affirmative study. *Science*, 217, 169-175.
- Pérez-Álvarez, M. (2011). *El mito del cerebro creador*. Madrid: Alianza Editorial
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: Un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ribes, E. (2008). *Psicología y salud: Un análisis conceptual*. México: Trillas.
- Ribes-Iñesta, E. (2008) *Brain and Behavior: Misunderstanding and misconceptions regarding an asymmetric relationship*. En Burgos, J. E. y Ribes-Iñesta, E. (Eds.). *The Brain-Behavior Nexus: Conceptual Issues*. Guadalajara, Jalisco: Universidad de Guadalajara.
- Sobell, M. B. y Sobell, L. C. (1978). *Behavioral treatment of alcohol problems. Individualized therapy and controlled drinking*. New York: Plenum Press.
- Volkow, N. (2001). Drug abuse and mental illness: progress in understanding comorbidity. *Am J Psychiatry*, 158, 1181-1183.

MESA

3

TRATAMIENTO

3.2.

ENTREVISTA MOTIVACIONAL Y CLARIFICACIÓN DE VALORES CON PERSONAS USUARIAS DEL ALBERGUE SA PLACETA

Tiempo, esfuerzo. Palos de ciego mientras el verdadero objetivo se aleja.

Pérez Reverte, A. "El Asedio"

Y tengo que salir ahí fuera y sonreír a todos esos indeseables, que saben que soy un alcoholico. De manera que se preguntan de qué huyo.

Chandler, R. "El largo adiós"

José María Piñero

Director del Albergue Sa Placeta Projecte Home Balears Licenciado en Psicología. Universidad de Sevilla. 1992. Máster en Terapia de Aceptación y Compromiso, Psicoterapia analítico funcional y Mindfulness. 2015.

Catalina Limongi

Psicóloga General Sanitaria. Licenciada en Psicología Universidad de Barcelona, 1995. Psicóloga de Sa Placeta.

Mercè Pallicer

Psicóloga General Sanitaria. Licenciada en Psicología Universidad Islas Baleares, 2002. Máster en Psicología Clínica Infato-Juvenil por la AEPCCC.

Roberto Sollenberger

Profesor en Educación Física, 2002. Buenos Aires.

La búsqueda de estrategias de intervención eficaces con personas en situación de exclusión, con consumos activos de drogas y, en muchos casos, serios déficits de habilidades "para la vida", fue, y sigue siendo una de nuestras prioridades como equipo. Puede surgir una pregunta: *¿intervenciones eficaces para qué?* Aunque la pregunta parezca obvia, no lo es tanto. Si alguien tiene gripe, una intervención eficaz buscaría curar la gripe y mientras, reducir los efectos de los síntomas; pero *¿qué persigue una intervención para personas en exclusión social y que abusan de drogas incluyendo el alcohol?* Pensamos que el criterio de si es eficaz o no una intervención para nuestros usuarios, es si les resulta útil a ellos, para llevar sus vidas de una forma algo mejor que la que llevaban antes de esta intervención.

Así, las preguntas a contestar son: *¿Cómo podemos "influir" en las personas que atendemos que haga más probable cambios que mejoren su calidad de vida? ¿Cómo se pueden facilitar cambios en usuarios que, en muchas ocasiones, llevan "atascados" años en una situación de exclusión social? ¿Cómo se puede ayudar a personas con tantas dificultades para llevar la vida que quieren, a personas tan atascadas en el consumo de drogas y en la exclusión social?"*

Desde hace años el equipo de Sa Placeta ha contestado a estas preguntas utilizando como herramienta de trabajo la **Entrevista Motivacional** (a partir de ahora EM) (Miller y Rollnick, 1999). La experiencia, en general, ha sido positiva y creemos que esto ha sido debido a varios factores: la utilización de planes individuales de intervención, el trabajo en red con otros recursos y profesionales, y que los usuarios son protagonistas de estos cambios y no meros "seguidores" de las "recetas" prescritas por los profesionales.

Siendo esto verdad, también somos conscientes de que nuestro margen de mejora es todavía alto. Hay usuarios con grandes dificultades para cambiar, para mantener el esfuerzo en el tiempo, de persistir en el empeño, que se desmotivan enseguida; en definitiva, que se proponen cambiar, pero no lo logran... y creemos que nuestro trabajo para ayudar a estas personas se puede ver mejorado introduciendo elementos de lo que se ha denominado terapias de tercera generación (Luciano y Sonsoles, 2006).

Antes de describir esquemáticamente nuestro nuevo protocolo de intervención, explicaremos brevemente nuestro centro; qué tipo de personas atendemos y cómo se puede "conceptualizar" su problemática; cómo hemos intervenido hasta ahora; y por último, qué motiva nuestra propuesta.

SA PLACETA

Sa Placeta es un albergue de baja exigencia que atiende a personas con algún tipo de adicción a drogas y en situación de exclusión social. El titular es el IMAS (Institut Mallorquí d'Afers Socials) del Consell de Mallorca y lo gestiona la Fundación Projecte Jove. Sa Placeta pertenece a la Red de Inclusión Social del IMAS que engloba distintos recursos, tanto residenciales como de otro tipo.

Es un centro donde se dan servicios, que cubren las necesidades básicas de las personas atendidas. Trabajamos con una filosofía de reducción de daños, siendo nuestro objetivo principal mejorar la calidad de vida del usuario atendido y en aquellos casos que quieran, que puedan dar el salto a un recurso de mayor exigencia, sea terapéutico, una comunidad terapéutica por ejemplo, o bien a otro centro residencial de la Red de Inclusión Social.

Habría que decir que Sa Placeta no es un recurso "terapéutico"; el equipo no hace terapia tal como sería la función de una comunidad terapéutica, un centro de día o uno ambulatorio. Pero esto no significa que no pretendamos cambios en las vidas de las personas que atendemos, siempre teniendo en cuenta qué quiere el usuario.

Desde hace dos años, el albergue de Sa Placeta atiende, además de usuarios con consumos activos de drogas ilegales, a personas abusadores de alcohol. Y la pregunta es obligatoria *¿hay que intervenir de forma diferente con los consumidores de alcohol que con el resto de consumidores de otras drogas?*

"HAY USUARIOS CON GRANDES DIFICULTADES PARA CAMBIAR, PARA MANTENER EL ESFUERZO EN EL TIEMPO, DE PERSISTIR EN EL EMPEÑO, QUE SE DESMOTIVAN ENSEGUIDA; EN DEFINITIVA, QUE SE PROPONEN CAMBIAR, PERO NO LO LOGRAN".

En apariencia estos usuarios son algo diferentes al consumidor de heroína o cocaína a los que estábamos acostumbrados a atender. Y si bien es verdad que hemos tenido que tener en cuenta algunos aspectos para adaptar nuestro centro a esta nueva realidad, estos cambios no han supuesto un cambio en nuestra filosofía de trabajo ni en la intervención. Nos podemos preguntar *¿Tiene que depender de la sustancia con la que se drogue el usuario la elección de la intervención?*

Realmente creemos que estamos ante el mismo problema de fondo: personas con serias dificultades para llevar la vida que les gustaría, y que teniendo esto como premisa, nuestra respuesta "socio-educativa" tiene que ser la misma.





OTRA MIRADA A LAS PERSONAS ATENDIDAS Y ¿ENFERMAS?

Las personas atendidas en Sa Placeta suelen ser personas con años de consumo de drogas, sin apoyo familiar, sin medios para vivir por sus propios medios, con problemas médicos crónicos (VIH, hepatitis...). La misma persona puede tener los siguientes diagnósticos: adicción a alguna droga; algún tipo de trastorno de la personalidad; y problemas relacionados con ansiedad y depresión.

Siguiendo a Strosahl (2004), diríamos que son **pacientes multi-problemáticos**. En nuestra realidad cotidiana nos encontramos con usuarios con un patrón permanente e inflexible de comportamiento, con un repertorio conductual que comporta malestar, tanto a la misma persona como a los demás.

De acuerdo con Luciano (2002) y desde un punto de vista contextual, el elemento común de todos los diagnósticos formales nombrados es el **patrón de evitación experiencial**. Sería la evitación el factor funcional más importante en la etiología de estos trastornos, aunque estos trastornos sean topográficamente distintos (se muestran de formas diferentes).

Sí se pregunta a nuestros usuarios para qué utilizan las drogas, nombran de alguna u otra forma la intención de evitar eventos privados (pensamientos, sentimientos, sensaciones...) y como una forma de regular las emociones. Son muy corrientes las respuestas: "para olvidar...", "para que pasen los días...", "porque si no consumo me siento mal..." "si no consumo, me aburro, ¿qué hago?", "¡no puedo resistir las ganas de consumir!".

Lo que no resulta tan evidente para los usuarios es que otras conductas les está sirviendo para lo mismo que el consumo de drogas, que tienen la misma función y forman parte de la misma clase funcional que el consumo: evitar sensaciones, sentimientos, pensamientos que les resultan aversivos (Páez Blarrina y Gutiérrez Martínez, 2012). Algunos de estos comportamientos, recogidos de análisis funcionales de usuarios de nuestro recurso: impulsividad, intentos o amenazas de suicidio, conductas de automutilación, peleas físicas, incumplimiento de normas, mentir repetidamente, comportamientos irresponsables...

Estas conductas tienen una utilidad para el paciente, ya que consiguen la "desaparición" momentánea del contenido no deseado o temido. El problema es que se consigue solo a corto plazo, ya que a largo plazo no tiene ninguna efectividad, no sirven para lo que se quiere, y además empobrece la vida de la persona; más pendiente de evitar que de vivir (Luciano, Páez Blarrina, y Valdivia, 2012).

ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Nuestra intervención con estos usuarios ha sido utilizar la EM con el objetivo de facilitar el cambio conductual.

La EM, tal como la describen sus autores: "La entrevista motivacional es un estilo de asistencia directa, centrada en el cliente, que pretende provocar un cambio en el comportamiento, ayudando a explorar y resolver ambivalencias" (Miller y Rollnick, 1999).



El objetivo de la EM es resolver la ambivalencia entre mantener o dejar una conducta considerada como problemática. La EM hace hincapié en provocar verbalizaciones “automotivadoras” del usuario, y se intenta crear una discrepancia entre la conducta actual y los objetivos a conseguir por parte del usuario. Uno de sus principios básicos es “expresar empatía”, aceptando y normalizando la “ambivalencia” del usuario; evita discutir y evita la confrontación directa con la persona; y considera que hay que fomentar la autoeficacia del usuario. Tener presente estos principios generales nos ha sido de mucha utilidad en el trato con nuestros usuarios y creemos que también las personas que hemos tratado se han visto beneficiados. Con todo, pensamos, que se puede hacer una intervención más beneficiosa para usuarios con tantas dificultades.

TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

El objetivo de utilizar la **Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)** sería ayudar a estos usuarios “atascados” e inflexibles a actuar de forma más flexible ante el malestar, y no tanto en “resolver” la ambivalencia (es bastante probable que esos sentimientos y pensamientos estén presentes durante mucho tiempo). ACT es un planteamiento centrado en orientar a las personas a que den pasos hacia direcciones valiosas en sus vidas y no tanto a reducir el malestar (Luciano y Wilson, 2002). Y es en esto donde pensamos que puede resultar más útil un protocolo ACT: en dotar de significado el propio comportamiento, en “impregnar las acciones de dirección y propósito” (Luciano et al, 2006).

El protocolo tendrá los siguientes componentes: evaluación del caso y análisis funcional de la conducta; ejercicios que promuevan mayor flexibilidad psicológica (Hayes, Strosahl y Wilson, 2014) y sobre todo ejercicios de clarificación y esclarecimiento de valores y no tanto de metas a conseguir a medio o largo plazo.

“La pregunta es obligatoria: ¿hay que intervenir de forma diferente con los consumidores de alcohol que con el resto de consumidores de otras drogas?”.

BIBLIOGRAFÍA

- Miller, W. R y Rollnick, S. (1999) „La Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas”. Paidós, Barcelona.
- Luciano, C. y Wilson, K. (2002) „Terapia de Aceptación y Compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores”. Ed. Pirámide. Madrid.
- Strosahl, K. D. (2004) ACT with multi problem patient. En Hayes, S. C (eds.) „A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy” pp. 209-249. New York. Springer.
- Luciano, C. et al (2006) „Terapia de Aceptación y Compromiso y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica”. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. Vol 6 n° 1 pp 1-20.
- Luciano, C y Sonsoles, M. (2006) „La Terapia de Aceptación y Compromiso: Fundamentos, características y evidencia”. Papeles del Psicólogo, Vol 27 (2), pp 79-91.
- Luciano, C.; Páez Blarrina, M y Valdivia, S. (2012) “La Terapia de Aceptación y Compromiso en el consumo de sustancias como estrategia de Evitación Experiencial.” International Journal of Clinical and Health Psychology, Vol 10, N° 1, pp 141-165.
- Páez Blarrina y Gutiérrez Martínez, O. (2012) “Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso ACT”. Ed. Pirámide. Madrid.
- Hayes, S.; Strosahl K y Wilson, W (2014) “Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambios consciente”. Desclee de Brouwer, Bilbao.

MESA

3

➤ TRATAMIENTO

3.3.

1997-2015 COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE ALCOHOL: CLAVES DEL ÉXITO

Héctor López Santos
Diplomado Trabajo Social.
Coordinador de centro de Lugo.
Proxecto Home Galicia.



La Comunidad Terapéutica (en adelante CT) ha demostrado ser un eficaz instrumento para el tratamiento del abuso de sustancias y los programas relacionados con este problema en la vida del usuario/a. La CT es fundamentalmente una estrategia de autoayuda desarrollada, en un principio, en un marco independiente de la psiquiatría, la psicología y la medicina convencionales. Hoy, sin embargo, es una modalidad compleja de servicios humanos, como queda evidenciado por el amplio abanico de dichos servicios, la diversidad de poblaciones que disfrutan de ellos y el nivel de desarrollo de la investigación que se ocupa de ella.

La CT es un dispositivo altamente especializado que requiere una formación específica, un contenido de conocimientos propio y unas prácticas interdisciplinares muy diferentes. Tal grado de especificidad y la correspondiente demanda de formación responden a una lógica de implantación, que en parte ha sido descrita al enumerar los rasgos principales de la metodología.

La evolución de la Comunidad Terapéutica revela el vigor, la inventiva y la flexibilidad de la modalidad de CT para expandirse y adaptarse al cambio. Esta evolución muestra, además, numerosos aspectos que proporcionan la razón fundamental para la realización del presente artículo (De Leon 2004).

APUESTA POR EL TRATAMIENTO EN CT PARA DEPENDENCIA ALCOHÓLICA EN PROXECTO HOME GALICIA

La creciente presencia de personas con dependencia alcohólica que demanda tratamiento, tanto en la red asistencial pública como en la privada y más particularmente en nuestro recurso de Proxecto Home Galicia, motivó que desde hace unos años nos planteásemos la necesidad de poner en marcha un programa específico para el tratamiento de personas con dependencia severa del alcohol. El abuso y dependencia de alcohol es, a nuestro modo de ver, uno de los principales problemas de drogas de nuestra sociedad, como ya se está viendo por los datos de los últimos años y de un modo especial por la problemática relacionada con el abuso y consumo juvenil.

El presente programa propone un abordaje integral, desde un enfoque bio-psico-social con una estructuración clara en diferentes fases que permitan abordar el proceso de tratamiento y rehabilitación individualizado que precisa cada usuario. La perspectiva y el enfoque tienen como objetivo adecuarse a las necesidades de cada individuo, pudiendo en cada caso

proponerse un objetivo diferente en función de su perfil, generalmente en la dirección de la abstinencia, lo que permitirá ir adaptándonos a una demanda potencialmente cambiante del usuario y que el Equipo Terapéutico irá trabajando.

El tratamiento de personas con dependencia alcohólica requiere una formación específica previa por parte del equipo terapéutico, así como un programa de formación continuada para la actualización de conocimientos, habilidades y actitudes necesarios en el abordaje terapéutico de estos usuarios. Proxecto Home Galicia, consciente de esta necesidad, puso en marcha los programas de formación que garantizan la efectividad y eficacia del tratamiento terapéutico.

MODELO TEÓRICO QUE SUSTENTA NUESTRO PROGRAMA

El concepto de modelo bio-psico-social surge por la imposibilidad de otros modelos de explicar y abarcar la multidimensionalidad de los problemas humanos. En Proxecto Home Galicia entendemos que es el modelo ideal para intervenir sobre el fenómeno de las drogodependencias en general y sobre el alcoholismo en particular, ya que contempla todos los factores que influyen en las personas y en su rehabilitación, superando una mentalidad reduccionista para dar paso a otra más comprensiva e integradora.

La génesis del consumo y abuso de alcohol dentro de los parámetros bio-psico-sociales se deben explicar en función de variables personales y de su ecosistema. Existiría pues, un agente tóxico externo (alcohol) que actúa en una persona vulnerable (parte biológica), con unas características psicológicas (parte psicológica) dentro de un entorno familiar, laboral y comunitario (parte social).

A nivel personal es destacable un nivel biológico determinante de la sensibilidad y vulnerabilidad individual del cuerpo humano a las distintas sustancias-drogas. Por otro lado, son identificables determinadas características psicológicas de las personas que consumen alcohol o cualquier otra sustancia-droga con un estilo psicopatológico que podrían ser objeto de diagnóstico psiquiátrico.

Referente al contexto donde la persona se desenvuelve, es conocido el papel que juega el alcohol en nuestra cultura, siendo este contexto un componente que puede funcionar como factor predisponente o precipitante, tanto en la adquisición de una dependencia como en su mantenimiento.

Partiendo de estos supuestos básicos, se establecerá un plan integral que contempla los diferentes procesos (educativo, terapéutico y rehabilitador) que persigue, en la medida de sus posibilidades, un cambio integral en la persona que acude a nuestro recurso.

Dentro de las condiciones que influyen en el proceso, debemos hacer especial mención a la motivación, refiriéndonos a un concepto amplio, dinámico y no lineal, dentro de un proceso de atención integral, y que debe trabajarse de manera específica y concreta, según las características de cada usuario. Parece demostrado que algunos de los predictores de mayor relevancia para la eficiencia y efectividad de cualquier tratamiento son la adherencia o alianza terapéutica; no obstante, la evolución de los tratamientos en los últimos años tiende hacia modelos de abordaje motivacionales, aunque no se excluyen otras alternativas.



Teniendo en cuenta los presupuestos del modelo teórico del que partimos se hace necesario, además de un abordaje integral de los usuarios, el control de una serie de factores externos (familiares, sociales y/o psicológicos) que en muchos de los casos bloquean totalmente el inicio de un posible proceso de tratamiento y rehabilitación.

Optamos así como punto fundamental y nuclear del proceso de atención a estos usuarios por el ingreso en una Comunidad Terapéutica, en régimen residencial, que nos proporciona las condiciones necesarias para lograr estos objetivos. La Comunidad Terapéutica va a permitir que el usuario en una situación de abstinencia del alcohol desenvuelva longitudinal y transversalmente un proceso de cambio integral, el cual promueve cambios cognitivos, comportamentales, actitudinales, emocionales, etc., al tiempo que facilita su deshabituación y su enriquecimiento personal.

Todo esto formaría parte de un proceso con unas etapas claramente definidas, siendo el internamiento una de ellas, no un fin en sí mismo. Hablamos pues de un ingreso temporal encuadrado dentro de un programa integral y personalizado, con el objetivo final de la reinserción social de los usuarios una vez lograda la abstinencia.

Vemos necesario un cambio en la directividad (Campos 1982). La adecuación al perfil con el que trabajamos marca que no podamos establecer un cambio en las conductas desadaptativas "al uso". Destaca en este aspecto la edad del grupo de usuarios/as y que son personas que han vivido en los últimos años, previos a venir a solicitar ayuda, mucha soledad o incluso en casos de marginación.

PERFIL DE LOS USUARIOS/AS

Los usuarios de la CT de alcohol de Proxecto Home Galicia son mayoritariamente hombres (79,40%).

La edad media de la población de la CT es de 48,33 años (de 47,73 en el caso de los hombres y de 50,67 años en el caso de las mujeres). El 30,2% de los usuarios/as es mayor de 55 años y el 52,2 tiene una edad comprendida entre los 40 y los 54 años.

El 38,1% de los usuarios/as está casado, el 30,2% soltero, el 25,4% separado/divorciado y el 6,3% viudo/a. El 21,2% no finalizaron los estudios básicos. El 17,3% no finalizó los estudios secundarios, el 56,2% finalizó los estudios primarios. Solo el 5,3% finalizó los estudios superiores (en este caso licenciatura).

“POR OTRO LADO, HACEMOS ESPECÍFICAMENTE UN TRABAJO DIRIGIDO AL ABORDAJE DEL ALCOHOL EN TODAS SUS DIMENSIONES”.

Destacan en un gran número de casos por mantener relaciones conflictivas, tanto en su entorno familiar como social, por la manera desadaptativa de comportarse, observamos pues que en el marco del internamiento podemos mejorar notablemente la adquisición de pautas básicas de convivencia, tales como el aseo diario, la realización de tareas-responsabilidades básicas (cama, habitación...). Cambiar hábitos básicos de autocuidado y promover un estilo de vida saludable.

Hacemos en las Comunidades Terapéuticas de Proxecto Home Galicia una clara apuesta por una convivencia mixta, sabemos que somos un programa educativo-terapéutico para la rehabilitación y reinserción social de personas con problemas de adicción, en el que el punto de partida no es la droga o su objeto de adicción, sino la persona como protagonista de su rehabilitación, es aquí donde fomentamos la transversalidad de la perspectiva de género o *mainstreaming* que constituye una estrategia a medio y largo plazo para acabar con las barreras estructurales que impiden una mejor distribución de los papeles de mujeres y hombres.

Uno de los aspectos a tener en cuenta es darle el espacio de *protagonismo* a la persona confrontada para que así realmente se pueda evaluar la conducta (Miller and Rollnick 1999).

El encuentro es, probablemente, el instrumento más importante de una Comunidad Terapéutica, y todas las Comunidades Terapéuticas de cualquier tipo lo utilizan de algún modo. En este instrumento se concreta al máximo el concepto de CT como gran grupo de Autoayuda, donde todos sus miembros son co-responsables de la marcha de ese grupo. Entendemos, dada la experiencia que tenemos en estos años, que resulta más exitoso el abordaje del trabajo cognitivo y emocional desde la convivencia en la CT ya que podemos “recoger”, acompañar, acoger al usuario/a.

El objetivo global del programa es que la persona pase de la dependencia del alcohol a la autonomía personal. El proceso implica tres elementos: El usuario/a, la familia y el programa. Desde el abordaje residencial se elimina, temporalmente, el estrés en el núcleo familiar y, a la vez, en las visitas programadas observan los cambios del usuario de forma progresiva, empoderando a la familia mediante formación para una reinserción satisfactoria, lo que proporciona una comunicación y una confianza en el Equipo Terapéutico, que hace que aumenten las probabilidades de éxito.

Por otro lado hacemos específicamente un trabajo dirigido al abordaje del alcohol en todas sus dimensiones:

- Talleres formativos y de educación en valores (Francia 2008). Prevención de recaídas.
- Grupos de Terapia Cognitivo-Conductual. Programa de Habilidades Sociales, adaptamos del Programa de *Caballo* (1993) ciertas sesiones que nos facilitan la adquisición de herramientas necesarias para el desarrollo de las capacidades y recursos personales encaminados a la mejora y establecimiento de una red social sólida. Desarrollo de Habilidades Sociolaborales. Reestructuración del sistema familiar.
- Actividades exclusivas del Programa de Alcohol:
 - **Temáticas:** *Es posible vivir sin alcohol, Si dejo de beber se acaban todos los problemas, En qué medida viví a la margen de la sociedad...* Estos grupos, dado el trabajo específico a nivel cognitivo por el que apostamos con los usuarios/as, nos aporta la reflexión necesaria para llegar a analizar los mecanismos de defensa, así como toma de conciencia por parte del usuario de su problemática con el alcohol. Alcanzar y fortalecer una motivación mínima para abandonar el consumo. Consolidación y mantenimiento de la abstinencia a largo plazo.
 - **Video fórum:** *Días de vino y rosas, El borracho...* A diferencia del tratamiento en una CT tradicional, el perfil de usuarios/as, permite desde la visualización de estas películas, llegar a una reflexión de actitudes para la consolidación del locus de control interno. A medida que el proceso avanza, se hacen capaces de hacer introspecciones en relación a lo que visualizaron en las películas.
 - **Seminarios específicos:** *Complejos, ¿te aceptas cómo eres?, ¿qué cambiarías? La cultura del alcohol. Influencia en ti, Reacciones ante una recaída, Las salidas: sensaciones con el alcohol, El tiempo libre, las programaciones, Situaciones de riesgo / Estrategias de Afrontamiento, Pensamientos positivos, crear en la rehabilitación, Mitos sobre el alcohol.*
 - **Salidas de tiempo libre** desde la Comunidad Terapéutica.

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS/AS

En la última medición hecha en el mes de diciembre de 2014 los resultados más relevantes de los cuestionarios de satisfacción cumplimentados por los usuarios de la CT de alcohol, son los siguientes:

- El 97,7% de los usuarios manifiestan estar satisfechos o muy satisfechos con la ayuda que están recibiendo en la CT El 91,4% volvería a la CT, si tuviera que buscar ayuda otra vez y el 83,3% recomendaría este programa a un familiar o amigo que tuviese el mismo problema.
- El 96,7% reconoce que la CT les está ayudando mucho o bastante a hacer frente, de forma eficaz, a sus problemas.

BIBLIOGRAFÍA

- Campos, A. (1982). *La psicoterapia no directiva*, Herder.
- De Leon, G. (2004). *La comunidad terapéutica y las adicciones*, Desclée de Brouwer. Serendipity.
- Francia, A. (2008). *Dinámicas y técnicas de grupo*, CCS.
- Miller, W. R. and S. Rollnick (1999). *La entrevista motivacional*, Paidós.

> Comunicaciones Breves





INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA Y ABORDAJE DE GÉNERO EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE ALCOHOL

María Antonia Caballero Flores
Licenciada en Psicología en la UIB
Terapeuta de PH Baleares.

Las diferencias biológicas, psicológicas, sociales y culturales entre hombres y mujeres exigen que las estrategias y actividades para el tratamiento a la adicción se adapten a éstas.

Las inequidades de género se manifiestan tanto en el acceso y como en el tratamiento a la adicción. Es verdad que la adicción no distingue género. Sin embargo, la mujer adicta se enfrenta a un mayor rechazo social y sus pérdidas y consecuencias siempre son más graves que en los hombres. Esta estigmatización refuerza el aislamiento social, a la vez que favorece la ocultación del problema y la ausencia y/o demora en la solicitud de ayuda para superarlo. Normalmente solicitan ayuda en el momento en que las consecuencias sobre su salud física y mental o en su vida familiar, social o laboral alcanzan una entidad tal que las hace insostenibles.

En la Comunidad de Alcohol el perfil de usuarios/as que se atiende se caracteriza por ser personas mayores de 45 años, tanto en hombres como en mujeres, con una historia de consumo prolongada en el tiempo, con procesos de desintoxicación y tratamientos previos. Con una seria desestructura personal y social, sin apoyo familiar, sin ningún tipo de recurso económico y con importante deterioro cognitivo, además de las enfermedades de carácter orgánico derivadas de la adicción y/o propias de la edad. En el caso de la mujer, hay que destacar que la mayoría

de ellas presentan carencias afectivas importantes, conflictos y/o rupturas de pareja, maltrato y/o abusos sexuales por algún familiar, sentimientos de desvalorización y la falta de confianza en sí mismas y patología de depresión u otras alteraciones psicológicas.

La intervención se realiza desde una perspectiva de género, teniendo en cuenta las relaciones específicas que hombres y mujeres mantienen con el consumo de alcohol, sus semejanzas y diferencia. En el caso de las mujeres se tiene en cuenta sus necesidades especiales, entre ellas: riesgo elevado por la comorbilidad psiquiátrica y la vulnerabilidad fisiológica; condición social y finalmente su nivel de rechazo social expresado en el aislamiento y la culpa. Para ello vemos necesario trabajar más de cerca con los recursos de la red pública y recursos específicos para abordar todas las necesidades de los usuarios/as. A continuación presentamos la relación de usuarios/as atendidos en el año 2014 diferenciando entre ambos géneros los éxitos y abandonos dentro del programa.

Programa CT Alcohol 2014		Hombre	Mujer
Ingresos Totales		73,8%	26,92%
Tasa bajas totales	52,1%	78,95%	21,05%
Tasa altas totales	10,95%	50%	50%

Datos obtenidos de la revisión anual 2014

Como conclusión al abordaje desde una perspectiva de género y a los datos obtenidos tras la revisión anual, podemos destacar la diferencia entre ambos géneros en la adherencia y éxito en el tratamiento, presentando un porcentaje mayor en las mujeres respecto a los hombres. La adherencia en las mujeres que están en Comunidad, pensamos que es mayor debido a que tienen la oportunidad de romper con el estigma social de "mujer alcohólica", problemática oculta en la familia durante muchos años en detrimento de su salud física y mental, en la mayoría de los casos han sido vulnerables a situaciones de violencia y/o abuso. Otro factor que también creemos que influye es la residencialidad ya que tienen la oportunidad de establecer vínculos afectivos, identificar el problema, mejorar su calidad de vida y su autoestima. Un dato a destacar es que las mujeres que llegan a nuestro centro responden a un perfil muy deteriorado y de avanzada edad.

PROPUESTA DE TRABAJO ESPECÍFICO PARA LOS PERFILES ALCOHÓLICOS EN UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

El noventa por ciento del éxito se basa simplemente en insistir.

Woody Allen

En nuestra experiencia de Comunidad no había una gran demanda específica de personas alcohólicas, ni un buen índice de retención de este tipo de personas en los diferentes dispositivos, internados o ambulatorios. Ello nos llevó a una reflexión de cómo ayudar a este tipo de perfiles.

Por un lado, teníamos el inconveniente de que el nombre de Proyecto Hombre se asociaba a personas con otro tipo de dependencias (cocaína, heroína...), pero no del alcohol. Por otro lado, nuestro método no cubría sus necesidades, estaba diseñado para personas con un perfil toxicómano diferente.

Para resolver estos inconvenientes nos planteamos en un primer momento darnos a conocer para ser referentes en el trabajo con el alcohol.

También nos planteamos hacer un trabajo en red, conectando con la Comisión sin techo, la Red de Integración social, los Servicios Sociales...

Vimos que, ante la imposibilidad de crear una estructura aparte, teníamos que adaptar la existente a las personas de este perfil. Para ello hubo que hacer una adecuación de las normas, los objetivos, cronogramas... Hacer un trabajo desde la Comunidad Terapéutica, pero con un planteamiento de comunidad abierta. Nos centramos en la recuperación de redes familiares y sociales, la autoestima, el control de comportamientos y la abstinencia. Se contempla también en algunos casos el uso de inhibidores. Así mismo son importantes los grupos terapéuticos de referencia, el apoyo a la reinserción y la oferta de seguimiento tras el alta terapéutica asistiendo a dichos grupos de alcohol. Aunque hay muchas personas que parecen no necesitarlo, seguimos ofertándolos porque consideramos importante que sepan que cuentan con esa posibilidad.

La experiencia de hacer convivir a estos perfiles de comunidad abierta con otros perfiles que permanecen en comunidad interna, ha sido un riesgo pero ha dado buenos resultados, no sin algunos desajustes iniciales.

Fue muy importante para ello la formación específica del equipo terapéutico dentro del programa de Proyecto Hombre de Jerez. Se realizaron cursos de formación en el tratamiento del alcohol y formas de trabajarlos.

Víctor Revuelta Atienza
Educador Social. Terapeuta de
Programa Base en Proyecto Hombre
Cádiz.



TALLERES COMO ESTRATEGIA TERAPÉUTICA EN EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO

Francisco M. Antonete Oria

Subdirector de los programas de tratamiento ambulatorio de adicción al alcohol y tratamiento ambulatorio para policonsumidores en Projecte Home Balears.

Projecte Home Balears se planteó, a partir de julio de 2010, la incorporación de perfiles suficientemente estructurados y aquejados, exclusiva o fundamentalmente, de un problema de alcoholismo mediante un nuevo diseño de programa. Se implementa el programa para el abordaje del alcoholismo "Itaca" a partir de finales de 2011.

Investigadores en el campo de las adicciones y específicamente en el alcoholismo, han encontrado que los programas terapéuticos con diferentes niveles de abordaje y formatos utilizados en las intervenciones preventivas y terapéuticas, han alcanzado resultados más positivos que otros programas simples (Pentz et al., 1989). El objetivo de este trabajo es presentar los talleres como complemento a los grupos de Autoayuda.

A partir de 2012 y teniendo en cuenta lo anterior, valoramos la posibilidad de mejorar y/o complementar el trabajo terapéutico a través de talleres, como estrategia y con el objetivo de favorecer la cohesión grupal, la adherencia a tratamiento y el trabajo diferencial respecto a otros tratamientos.

Planteamos una metodología con un enfoque positivo con contenidos lúdicos, dinámicos y participativos, que ayuda a mejorar las características psicológicas propias del alcohólico tales como: baja autoestima, timidez, inseguridad personal, dificultades en las relaciones interpersonales y de introspección, baja tolerancia a la frustración, así como falta de asertividad.

El primer jueves de cada mes realizamos una jornada de taller, obligatorio para todas las personas en tratamiento en ese momento sin diferenciación de fases y abierto a las altas terapéuticas. Se prepara con antelación, cuidando aspectos como el ambiente, el lugar, la música, los medios técnicos, así como una actitud de entusiasmo y dinamismo que transmita contagio emocional positivo desde el primer encuentro.

"Planteamos una metodología con un enfoque positivo con contenidos lúdicos, dinámicos y participativos, que ayuda a mejorar las características psicológicas propias del alcohólico".

El contenido de los talleres varía en función de las necesidades detectadas en los grupos. Los contenidos son: Relajación; Trivial sobre alcoholismo; Musicoterapia; Risoterapia; Tipos de inteligencia, Resiliencia; Psicología positiva con audiovisuales; Estrategias creativas en la resolución de conflictos; Creatividad y trabajo en equipo, Esquemas Mentales, Role Playing sobre situaciones de riesgo; Autoestima y Jornada lúdico-cultural.

TASAS ANUALES	2014	2013	2012
Tasa de bajas	29,4%	32,7%	53,2%

Consideramos que los talleres afectan positivamente a los resultados en la terapia, reflejando una disminución progresiva de las bajas y favoreciendo la adherencia al tratamiento. Esta idea se refuerza con el feedback que realizan los mismos usuarios a los largo de toda la terapia. "Entraba deprimida y salía con ánimos. Me contagiaba de vida".

> Entidades colaboradoras

Son muchas las entidades implicadas en la labor que desarrollamos en Proyecto Hombre. Desde la Asociación, queremos dedicar este espacio de la revista, a agradecer la colaboración de todas ellas y a dar a conocer los proyectos que desarrollamos conjuntamente.

Gracias.

AENA



AXA



COMUNIDAD RCC



COPERNICO



FREMAP



FUNDACIÓN BOTÍN



FUNDACIÓN FEUVERT



FUNDACIÓN FERNANDO POMBO



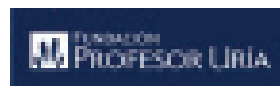
FUNDACIÓN SM



FUNDACIÓN TRIODOS BANK

Fundación Triodos

FUNDACIÓN URÍA



LEONARDO DA VINCI



MINISTERIO SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD



OBRA SOCIAL LA CAIXA

Obra Social "la Caixa"

PWC



SGAE



SOCIETE GENERALE



LISTADO DE CENTROS

DIRECCIONES DE PROYECTO HOMBRE EN ESPAÑA



ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE

C/ Sánchez Díaz, 2
28027 Madrid
Tel.: 91 357 1684
asociacion@proyectoahombre.es
www.proyectoahombre.es

ALICANTE

Partida de Aguamarga, s/n
03008 Alicante
Tel.: 965 11 21 25
Fax: 965 11 27 24
info@proyectoahombrealicante.org
www.proyectoahombrealicante.org

ALMERÍA

Calle de la Almedina, 32
04002 Almería
Tel.: 950 26 61 58
Fax: 950 27 43 07
proyectoahombrealmeria@proyectoahombrealmeria.es
www.proyectoahombrealmeria.blogspot.com

ASTURIAS

Pza. del Humedal, 5 - Entlo. 2º
33207 Gijón
Tel.: 98 429 36 98
Fax: 98 429 36 71
phastur@proyectoahombrea Asturias.org
www.proyectoahombrea Asturias.org

BALEARES

Oblates, 23
07011 Palma de Mallorca
Tel.: 971 79 37 50
Fax: 971 79 37 46
info@proyectehome.com
www.proyectehome.com

BURGOS

Pedro Poveda Castroverde, 3
09007 Burgos
Tel.: 947 48 10 77
Fax: 947 48 10 78
proyectoahombreburos@Sarenet.es
www.proyectoahombreburos.com

CÁDIZ

C/ Corredera, 25
11402 Jerez
Tel.: 956 25 01 53
Fax: 956 18 32 76
sede@proyectoahombrepvnciacadiz.org
www.proyectoahombrepvnciacadiz.org

CANARIAS

TENERIFE
Pedro Doblado Claverie, 34
38010 Ofra · Tenerife
Tel.: 922 66 10 20
Fax: 922 66 15 68
administración.tfe@proyectoahombrecanarias.com

LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

C/ Padre José de Sosa, 15
35001 Las Palmas de Gran Canaria (Vegueta)
Tel.: 928 334 076
Fax: 928 315 893
prevencion.gc@proyectoahombrecanarias.com

CANTABRIA

Isabel La Católica, 8
39007 Santander · Cantabria
Tel.: 942 23 61 06
Fax: 942 23 61 17
phcantabria@proyectoahombrecantabria.org
www.proyectoahombrecantabria.org

CASTELLÓN

Avda. Enrique Gimeno, 44
12006 Castellón
Tel.: 964 20 52 55
Fax: 964 25 00 46
fundación@proyectoamigo.org
www.proyectoamigo.org

CASTILLA-LA MANCHA

Bolarque, 3
19005 Guadalajara
Tel.: 949 25 35 73
Fax: 949 25 35 66
info@phcastillalamancha.es
www.phcastillalamancha.es

CATALUÑA

Gran Via de les Corts Catalanes, 204 bis,
local 7. 08004 Barcelona
Tel.: 93 469 32 25
Fax: 93 469 35 28
info@proyectehome.org
www.proyectehome.org

CÓRDOBA

Abderramán III, 10
14006 Córdoba
Tel.: 957 40 19 09
Fax: 957 40 19 26
phcordoba@phcordoba.com
www.phcordoba.com

EXTREMADURA

Coria, 25 Bajo
10600 Plasencia · Cáceres
Tel.: 927 42 25 99
Fax: 927 42 25 99
phextrem@hotmail.com
www.conectatealavida.com

GALICIA

Rúa Cottolengo, 2
15702 Santiago de Compostela · A Coruña
Tel.: 981 57 25 24
Fax: 981 57 36 06
fmg@proyectehome.org
www.proyectehome.org

GRANADA

Santa Paula, 20
18001 Granada
Tel.: 958 29 60 27
Fax: 958 80 51 91
ph@proyectoahombregranada.org
www.proyectoahombregranada.org

HUELVA

Pabellón de las Acacias. Ctra. de Sevilla Km. 636
21007 Huelva
Tel.: 959 23 48 56
Fax: 959 22 77 31
info@proyectoahombrehuelva.es
www.proyectoahombrehuelva.es

JAÉN

Calle Montero Moya, 4
23002 Jaén
Tels.: 953 24 07 66
info@proyectoahombrejaen.org
www.proyectoahombrejaen.org

LA RIOJA

Paseo del Prior, 6 (Edif. Salvatorianos)
26004 Logroño · La Rioja
Tel.: 941 24 88 77
Fax: 941 24 86 40
phrioja@proyectoahombrelarioja.es
www.proyectoahombrelarioja.es

LEÓN

Médicos sin Fronteras, 8
24411 Fuentes Nuevas. Ponferrada · León
Tel.: 987 45 51 20
Fax: 987 45 51 55
comunicacion@proyectoahombreon.org
www.proyectoahombreon.org

MADRID

Martín de los Heros, 68
28008 Madrid
Tel.: 91 542 02 71
Fax: 91 542 46 93
informacion@proyectoahombremadrid.org
www.proyectoahombremadrid.org

MÁLAGA

Eduardo Carvajal, 4
29006 Málaga
Tel.: 952 35 31 20
Fax: 952 35 32 25
central@proyectoahombremalaga.com
www.proyectoahombremalaga.com

MURCIA

San Martín de Porres, 7
30001 Murcia
Tel.: 968 28 00 34
Fax: 968 23 23 31
general@proyectoahombremurcia.es
www.proyectoahombremurcia.es

NAVARRA

Avda. Zaragoza, 23
31005 Pamplona · Navarra
Tel.: 948 29 18 65
Fax: 948 29 17 40
info@proyectoahombrenavarra.org
www.proyectoahombrenavarra.org

SALAMANCA

Huertas de la Trinidad, 2
37008 Salamanca
Tel.: 923 20 24 12
Fax: 923 21 99 80
phsalamanca@proyectoahombresalamanca.es
www.proyectoahombresalamanca.es

SEVILLA

Virgen del Patrocinio, 2
41010 Sevilla
Tel.: 95 434 74 10
Fax: 95 434 74 11
ces@phsevilla.org
www.proyectoahombresevilla.com

VALENCIA

Padre Esteban Pernet, 1
46014 Valencia
Tel.: 96 359 77 77
Fax: 96 379 92 51
www.proyectoahombrevalencia.org

VALLADOLID

Linares, 15
47010 Valladolid
Tel.: 983 25 90 30
Fax: 983 25 73 59
proyectoahombrevalladolid.org
www.proyectoahombrevalladolid.org

HAZTE SUScriptor DE LA REVISTA

PROYECTO

PROYECTO ES LA REVISTA CUATRIMESTRAL
DE LA ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE,
ESPECIALIZADA EN LA PREVENCIÓN
Y TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

¡COLABORA CON NOSOTROS!

Puedes solicitar la suscripción a la revista PROYECTO a través de la web

www.proyectohombre.es

902 88 55 55

comunicacion@proyectohombre.es

