

Socidrogalcohol organiza sus XLV Jornadas Nacionales:

El consumo excesivo de alcohol es un factor de riesgo en la violencia contra la pareja y la violencia sexual

La adicción es un problema de salud que debe entenderse desde una perspectiva multidisciplinar. Tanto el consumo de sustancias (alcohol y drogas) como las conductas adictivas comportamentales (ludopatía, nuevas tecnologías, etc.) pueden inducir cambios persistentes en el funcionamiento de determinados circuitos cerebrales que ocasionan alteraciones del comportamiento, que llegan a ser perjudiciales pero difícilmente evitables. Se produce una disminución del control inhibitorio sobre las conductas de búsqueda y consumo de sustancias, que puede llegar a ser compulsiva y que lleva a consecuencias negativas y conductas auto-destructivas. “Que se llegue a desarrollar una adicción depende de diversos factores individuales y ambientales que al presentarse conjuntamente hacen a la persona más vulnerable a la misma”, ha explicado Josep Guardia Serecigni, vicepresidente de Socidrogalcohol, quién ha presentado el posicionamiento de la sociedad científica con respecto al concepto de adicción. Guardia ha añadido: “La adicción puede estar condicionada por contextos familiares, económicos, psicológicos, culturales, políticos, legales...; no es solo una consecuencia del mal funcionamiento cerebral, ni de los cambios que efectivamente se producen en el cerebro”.

Según la nueva estrategia 2017-2024 del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), presentada por el delegado del Gobierno, Francisco de Asís Babín, con motivo de las XLV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol en Toledo: La situación económica, el desempleo y la precariedad, la trayectoria vital interrumpida en muchos jóvenes por la situación de crisis; el aumento de hogares unipersonales y la soledad, las dificultades para la conciliación de la vida laboral y familiar; la desestructuración familiar y el aumento de hogares monoparentales; la mayor presión al consumo en adolescentes y el fomento de la búsqueda de satisfacción y/o respuestas inmediatas son factores que pueden contribuir a un consumo abusivo de sustancias y a otras conductas con potencial adictivo, como el abuso de las nuevas tecnologías.

“En este sentido, hay que señalar que se ha observado un aumento de la prescripción de medicamentos con potencial adictivo (benzodiazepinas e hipnosedantes). En cuanto a la demanda de drogas, el consumo de drogas ilegales en España sigue siendo una de las amenazas más persistentes. Un tercio de la población española ha consumido alguna droga ilegal en su vida (Encuesta EDADES 2015-2016). Aunque el mayor consumo sigue siendo el de sustancias legales como es el alcohol”, ha

argumentado Babín. Esta tarde en una conferencia enmarcada dentro de las Jornadas (a las 15:30h) el delegado presentará los últimos datos de la encuesta ESTUDES, realizada a estudiantes de entre 14 y 18 años para conocer los consumos de sustancias.

En dicha encuesta, el consumo de alcohol y los patrones de mayor riesgo para dicho consumo, han descendido y, por primera vez en los 22 años de la serie de encuestas ESTUDES, la edad de inicio en el consumo de alcohol entre los estudiantes de enseñanzas secundarias, se sitúa en los 14 años de edad.

No obstante, persiste la baja percepción del riesgo y de una normalización del consumo en espacios de ocio. Algo que como se ha podido ver en los últimos meses en los medios es una preocupación para muchos colectivos y gran parte de la sociedad. Preocupa además el acceso de menores a los juegos de azar fomentado por la amplia oferta y la publicidad en los medios y espacios deportivos y estrategias de marketing agresivas, principalmente dedicada a los más jóvenes. Las nuevas tecnologías también son un reto al que hacer frente. Es la primera vez que la estrategia incluye las adicciones sin sustancia, como a las nuevas tecnologías, los juegos “on line” y los videojuegos.





Pero no solo los jóvenes presentan problemas de adicción, según la nueva estrategia “también es necesario poner el foco de atención en las personas de edad avanzada”.

Perspectiva de género

En relación a la perspectiva de género, es fundamental mejorar la incorporación efectiva de las necesidades específicas de la mujer a todos los programas de prevención y atención. En este sentido, es importante integrar la violencia de género como un elemento más en el abordaje de las adicciones. (Estrategia 2017-2024)

Babín ha explicado que el único consumo de drogas en el que la prevalencia en mujeres es mayor que en hombres, es en el consumo de hipnosedantes. Se trata de un consumo oculto ligado al desconocimiento que es visto como normal. “A ello se añade el hecho de que no existen campañas generalizadas de prevención y sensibilización, como sí ocurre con otras sustancias”. 3.732.000 personas han consumido hipnosedantes en 2015 (últimos 12 meses), de las que un 65% son mujeres y el 57% además tienen entre 45 y 64 años.

Otro problema al que se enfrenta la población es el consumo excesivo de alcohol. Es el primer problema de salud pública en España, y causa un grave daño social y a terceros. La Organización Mundial de la Salud (2010) ha identificado el consumo abusivo de alcohol como uno de los factores de riesgo en la violencia contra la pareja y la violencia sexual. Un porcentaje significativo de maltratadores abusa del alcohol o es dependiente de esta sustancia. Asimismo, se estima que alrededor del 20% de hombres que participan en programas de intervención para la reducción del consumo de drogas y que conviven con sus parejas, han cometido alguna agresión hacia ellas durante el año anterior al inicio del tratamiento

para la adicción. Por otro lado, las mujeres que han sufrido violencia de pareja tienen casi el doble de posibilidades de padecer problemas con el alcohol, así como que la violencia sexual ejercida contra ellas puede a su vez incrementar su consumo de alcohol.

“La mujer, por tanto, sufre doblemente como víctima el consumo excesivo de alcohol. Por un lado, en relación con la violencia ejercida sobre ella por la pareja que consume alcohol de forma nociva, y por otro, padeciendo ella misma problemas de consumo nocivo como consecuencia de esa violencia”, ha añadido el delegado para el PNSD.

Reducción de la demanda

Los resultados de la Evaluación de la END 2009-16, muestran una evolución positiva de las actuaciones desarrolladas en el campo de la reducción de la demanda y de la oferta, si bien aún hay espacio para la mejora, según ha explicado Babín: “la oferta preventiva está muy centrada en la educación. Se necesita actuar más sobre la promoción, la accesibilidad y la normalización social, a través de programas de prevención ambiental”.

Aunque se han producido importantes avances, desde el PNSD admiten que sigue siendo un reto trasladar la evidencia a la práctica, siendo necesario generalizar los sistemas de acreditación y de control de cali-

dad de programas y servicios, potenciar la formación y optimizar sistemas de información y evaluación.

Desde Socidrogalcohol, Guardia ha añadido que la adicción es una enfermedad común que tiene tratamiento y que es recomendable seguir un tratamiento especializado que incluya un equipo de diversos profesionales (médicos/as, enfermeras/os, psicólogos/as, psiquiatras, trabajadores/as sociales...) expertos en conductas adictivas, ya que las consecuencias de la adicción tienen repercusiones biológicas (modificaciones neurobiológicas en cerebro), psicológicas (cambios cognitivos, conductuales y emocionales) y sociales (familiares, económicas, laborales y legales): “Las personas con adicciones deben tener fácil acceso a un modelo asistencial multidisciplinar y a recibir una asistencia integral y de calidad, basada en el conocimiento científico, y en igualdad de condiciones que el resto de usuarios del sistema sociosanitario, evitando así que se les estigmatice”.

Francisco Pascual Pastor, presidente de Socidrogalcohol junto con María del Mar Sánchez, presidente de Socidrogalcohol en Castilla La Mancha, han sido los encargados de presentar las XLV Jornadas Nacionales que este año reúne a cerca de 500 profesionales del mundo de las adicciones en Toledo.



Mireia Pascual entrevista Manuel Cardoso

Manuel Cardoso, director de la SICAD en Portugal, ¿En qué consiste el foro portugués, porque conociendo como conozco el foro europeo, aquel no ha funcionado, pero sin embargo, el portugués sí que ha funcionado, a qué se debe?

El foro europeo puede no haber funcionado bien, pero la estrategia que la UE inicial, que ha desarrollado y ha puesto en marcha, ha sido posible porque han puesto y han acercado ideas que antes no teníamos. Por ejemplo, que el foro no funciona igual si tienes o no un buen líder.

El foro europeo ha sido creado, según me han comentado, un poco para resolver las discusiones que deben mantener la sociedad civil, las asociaciones no gubernamentales y la industria. Si estás en una situación de responsabilidad en la que tienes que decidir que vas a recibir de unos y de otros y que discuten cosas diferentes, cada uno hablando desde su propio interés. Y nosotros que somos los que tenemos la capacidad de decidir estamos escuchando y orientando la discusión o permitiendo que los avances que hagan sean no tan rápidos pero que se avance como meta final. En la UE se ha conseguido una estrategia, no tenemos una estrategia contra el alcohol, pero sí tenemos una estrategia contra el uso nocivo de alcohol. Ha conseguido una estrategia europea y así mismo ha originado una puesta en común de los lobbies porque todos han aceptado una estrategia para reducir el uso nocivo de alcohol. Esto ha sido aceptado por todo el mundo, por la industria, por los países y por las organizaciones no gubernamentales. Por lo tanto, cuando me dices que no ha funcionado, es verdad en parte peor no completamente. Ha hecho parte de un camino. Deberíamos tener una estrategia desde 2012, que no la tenemos; tenemos una iniciativa que lidera Portugal y en la que muchos no quieren que se trabaje. Me dirás: 'La industria está por detrás... la sociedad, la industria, los políticos, muchos están por detrás'.

¿Cómo es el foro portugués?

Acerca de Portugal, nosotros tenemos la responsabilidad sobre el alcohol desde el 2017-2018, exactamente cuando la estrategia europea ha sido implementada o aprobada. Nosotros hemos decidido hacer un poco lo mismo. Al tiempo que tenemos la discusión con la industria que viene todos los días, te diría que en Portugal las ONG no ha dicho nada lo que es peor que lo que ha ocurrido en Europa; principalmente porque no tenían la fuerza para cla-



“Los menores de 18 años no beben, las embarazadas no beben y si vas a conducir no hay que beber”

mar por una solución en una sociedad de alcohólicos. Estaba la sociedad de alcoholología pero no mucho más. Hemos decidido preparar el plan por la reducción del uso nocivo del alcohol con todos y todos han contribuido. Todos los elementos que hemos conseguido organizar de la sociedad y todos están aprendiendo y haciendo cosas. La industria está en una posición de reducción de daños y riesgos. Para ellos también es mejor dar un poquito que estar en contra. Lo que tenemos que saber es que nosotros tenemos que saber qué pedir, por otro lado, tenemos que tener reglas claras y reglas administrativas, legislativas cuanto más avan-

zada y más clara mejor. Tiene que estar regulado el marketing, las horas de venta, etc. Que tengas estas reglas de oferta bien claras y después dar pasos hacia delante. Para esta discusión es necesario preparar o mirar y entender que es importante para la industria escribir en su web que los menores de 18 años no beben, que las embarazadas no beben o que si vas a conducir no hay que beber. Esto es una función de responsabilidad también. También tenemos que preparar a los profesionales que trabajan en los bares, discotecas, para que sepan trabajar y lidiar con los que beben de más, los jóvenes que no deben beber, los que están embor-



rachados. Es importante también que haya este trabajo de aproximación, cada uno hace una parte, la parte que para él es más posible. Para mí es muy importante también tener a los profesionales de la comunicación sabiendo lo que dicen. Los profesionales de marketing, de publicidad sabiendo que cada mensaje que van a pasar tiene influencia y que no es solo vender. Es diferente dejarlos libres para que hagan lo que quieran, pero intentando que las reglas de autorregulación sean más robustas, más fuertes para que sean ellos los que hagan que se cumplan. Si somos nosotros los que intentamos fiscalizar es mucho más complicado.

Después, conforme te he comentado, tenemos en el foro toda la sociedad, o intentamos que esté toda la sociedad: la venta al por menor, la industria, la producción, la administración, los policías, la fiscalización, impuestos y tasas, la educación, ayuntamientos, etc.

¿Cómo se trabaja desde los ayuntamientos?

Nosotros vivimos en municipios y son ellos los que definen las reglas de convi-

vencia y son los municipios los que regulan las licencias de funcionamiento del bar, del pub, de los restaurantes, etc. y les permite o no que la venta de alcohol se realice en la calle. Los ayuntamientos tienen funcionarios que pueden trabajar porque se encargan de cuestiones, por ejemplo, relacionados con la educación en la escuela. Lo más difícil en muchas ocasiones es el trabajo del político, pero no porque sea político, sino porque son personas como nosotros que viven en la comunidad. Si se pilla a un menor consumiendo, enseguida se contacta con los padres y automáticamente la discusión pasa a ser con ellos. ¿Pero cuantas veces los padres han llegado a casa embriagados? Estamos hablando de un problema de sociedad, no solo la policía o los que definen la política sino un problema de todos. El problema que tenemos es el uso nocivo de alcohol.

La sociedad civil en Portugal no tiene la experiencia de tratar estas cosas. Está acostumbrado a trabajar con gente en situación de calle o personas que ya son alcohólicas. Pero necesita una postura de

trabajo en prevención y trabajar con las comunidades. Ahora se trabaja en proyectos para la comunidad, la escuela, etc., todos los contextos en los que se pueda trabajar, incluso el Ministerio de Defensa. Tenemos un día de la defensa nacional en el que los jóvenes de 18 años participan, nosotros vamos ese día a hablar de los problemas relacionados con las adicciones. Simplemente para transmitir que el alcohol consumido de forma abusiva es perjudicial de muchas maneras y no estamos hablando de realizar un consumo durante años o de ser alcohólico, sino de que una sola vez puede producir consecuencias como un accidente de tráfico, la violencia doméstica, etc. Y para esto es importante también la voz de las universidades y de los científicos, que marquen un poco las líneas de por donde hay o no hay que ir. Es importante que todos vayamos aprendiendo y empecemos a cambiar la cultura de consumo sin reglas. Puedes consumir y probar el alcohol, pero no beber demasiado. Tú tienes que controlar y tienes que saber que moderado es una copa de alcohol en a la mujer y dos en el hombre.



Las adicciones al cannabis y a los opioides crean ruptura social



TOLEDO. 9.3.2018 - La sociedad científica Socidrogalcohol celebra desde ayer su XLV Jornadas Nacionales en Toledo. Cerca de 500 profesionales de las adicciones de todo el territorio español se reúnen estos días para mantenerse informados y actualizados en este campo desde una perspectiva multidisciplinar.

Las adicciones con y sin sustancia afectan no solo a nivel físico, sino también a nivel psicológico y social. Los problemas generados por el consumo de alcohol y drogas o por adicciones comportamentales (ludopatía, nuevas tecnologías, etc.) son graves en esas tres esferas y requieren de un tratamiento con un equipo multidisciplinar que trabaje esas tres vertientes afectadas. Conscientes de este hecho, el Consejo General para el Trabajo Social y Socidrogalcohol han firmado un convenio de colaboración en el marco de estas jornadas para potenciar y mejorar el tratamiento social de las adicciones. A nivel social, las consecuencias afectan especialmente, aunque no de forma aislada, a la familia, a la escuela o trabajo y en muchos casos también a la economía: "Se requiere, por lo tanto, de una atención social que intervenga en esos aspectos que se olvidan en mu-

chas ocasiones", ha explicado Ana Lima, presidenta del Consejo General del Trabajo Social (CGTS). Lima ha insistido en que ante los problemas de adicciones la solución debe ser global. Por eso, ha explicado, que las y los trabajadores sociales juegan un papel fundamental al abordar el problema en todo el entorno de la persona afectada. La presidenta del CGTS también ha explicado cómo a menudo, los jóvenes consumidores de alcohol y drogas, así como quienes tienen problemas de ludopatía etc., están lanzando una llamada de atención a sus padres. Lima contextualizó el problema actual con la situación económica, el empobrecimiento de la clase media y la pérdida de esperanza en el futuro por parte de los jóvenes.

El estigma de la persona con trastorno adictivo dificulta que la persona con esta enfermedad común acceda a tratamiento por la vergüenza o el miedo a ser etiquetado. En este aspecto la intervención de un trabajador social puede ser muy útil para trabajar aspectos como el autoestigma y, posteriormente a la rehabilitación, la reinserción.

Lejos de lo que socialmente se cree el consumo de cannabis tiene también esas repercusiones sociales. La marihuana o ha-

chís, que genéricamente denominamos CANNABIS es, entre las drogas ilegales, la que tiene un mayor consumo. Y nuestro país es uno de los mayores consumidores. El inicio de su consumo se sitúa en torno a los 16 a 17 años de edad, en grupos reducidos de jóvenes. Algunos tienen la expectativa de un efecto euforizante y desinhibidor, pero otros buscan un efecto tranquilizante, "apaciguador" o bien para "evadirse" de una realidad que les resulta abrumadora: "Sin embargo, como todas las drogas, tiene efectos de REBOTE. Es decir, que cuando finaliza el efecto buscado se produce un empeoramiento de los síntomas que la persona pretendía aliviar, tales como ansiedad, insomnio, pérdida del apetito y hostilidad", ha matizado el doctor Josep Guardia Serecigni, vicepresidente de Socidrogalcohol.

El hachís o la marihuana puede causar síntomas psiquiátricos desagradables y angustiantes, junto con un estado de inseguridad, desconfianza, suspicacia, recelo e incluso sentirse observado o perseguido. En tales situaciones, la persona puede pasar a la contra-ofensiva y hostigar o agredir a aquella o aquellas personas por las cuales se siente perseguido.

Otras personas presentan síntomas de angustia, fobia social, depresión e ideación suicida. Todas estas sensaciones son muy desagradables y pueden persistir incluso tras haber abandonado el consumo de cannabis.

La evidencia científica relaciona el consumo continuado de cannabis con diversos trastornos mentales, tales como un episodio psicótico, que cursa con percepciones alucinatorias e ideas delirantes persecutorias. El consumo de cannabis puede precipitar y ade-

“Los consumidores de cannabis presentan problemas físicos y psiquiátricos con consecuencias en su entorno”

lantar en el tiempo el inicio de uno de los trastornos psicóticos más graves, como es la esquizofrenia. También puede empeorar su curso evolutivo, interferir en su recuperación y aumentar la probabilidad de recaídas. Dado que todavía no existe ningún otro procedimiento eficaz para prevenir la esquizofrenia, evitar el consumo de cannabis sigue siendo la única estrategia efectiva para no desarrollar una esquizofrenia. Tras un proceso de selección de las cepas que producen una marihuana de mayor potencia, los cultivadores de cannabis consiguen productos que son más adictivos y, al mismo tiempo también, más psicotizantes.

“Evitar el consumo de cannabis es siempre mucho más sencillo que abandonarlo, cuando una persona ya ha desarrollado adicción, ya que el día que intenta interrumpir su consumo puede presentar síntomas de abstinencia del cannabis, del tipo irritabilidad, ira, agresividad, nerviosismo, insomnio, pesadillas, pérdida de apetito o de peso, intranquilidad y un bajo estado de ánimo”, ha añadido Guardia, algo que tiene repercusiones sociales: “Todavía no disponemos de medicamentos que hayan demostrado ser eficaces para el tratamiento de la adicción al cannabis, pero si intervenciones psicosociales, como la Intervención Motivacional, la Terapia cognitivo-conductual y la de Manejo de Contingencias”.

Otra sustancia que en la actualidad preocupa a los profesionales de las adicciones es el aumento del consumo de medicamentos analgésicos opioides. Los opioides son medicamentos que alivian el dolor. Reducen la intensidad de las señales de dolor que llegan al cerebro y afectan las áreas que controlan las emociones, lo que disminuye los efectos de un estímulo doloroso. Los riesgos del uso de analgésicos opioides recetados incluyen dependencia y adicción.

Iván Montoya, Director Clínico de la División de Farmacoterapias y Consecuencias Médicas del Abuso de Drogas del National Institute on Drug Abuse (NIDA) en Bethesda, EEUU, ha expuesto la situación acontecida en EEUU. La situación allí se ha catalogado de epidemia nacional causada por la prescripción descontrolada de fármacos con derivados opioides que han producido adicción y sobredosis en muchas personas y ha hecho que se incremente también el consumo de heroína. Las personas que desarrollaron una adicción a algún medicamento opioide, cuando se paró su suministro, se lanzaron a buscar otra sustancia que les calmara el síndrome de abstinencia, por lo que ha aumentado el consumo de heroína. De todos modos, sigue habiendo un mayor número de sobredosis relacionadas con analgésicos opioides, fentanilo y derivados, que con heroína o metadona. Y el consumo simultáneo de

opioides con benzodicepinas ha contribuido tanto al aumento de sobredosis como a su mayor letalidad.

En los últimos años vemos como se ha ido incrementando el uso de los fármacos opioides, también en España y Europa, para el tratamiento del dolor crónico no oncológico, a veces justificable, otras veces no tan justificado. Dejando atrás intervenciones farmacológicas y psicológicas más eficaces. Aunque es cierto que la situación en España está lejos de tener matices de epidemia, como sí ocurre en EEUU, el aumento en la prescripción preocupa a los profesionales.

Desde Socidrogalcohol hemos publicado en 2017 una Guía para el buen uso de analgésicos opioides. Con esta guía pretendemos que todos los profesionales sanitarios implicados en el tratamiento del dolor crónico conozcan qué fármacos utilizar, cómo y cuándo utilizarlos, cuáles son los beneficios y los riesgos, cómo minimizar los problemas derivados del mal uso, y cómo y dónde tratar las complicaciones que puedan surgir. En definitiva, el objetivo de esta guía es conseguir un uso más equilibrado de los opioides, que permita su disponibilidad para aquellos pacientes que puedan beneficiarse de ellos y limite en la medida de lo posible un uso inapropiado que suponga un mayor riesgo de las consecuencias negativas asociadas, como la sobredosis o la adicción.



Posicionamiento Socidrogalcohol ante los trastornos adictivos

Recientemente ha surgido la defensa de versiones reduccionistas que plantean un desequilibrio en la atención integral de las adicciones a favor del planteamiento biologicista, desatendiendo la evidencia científica que avala el tratamiento de todas las dimensiones de la adicción -bio-psico-social- desde el inicio del proceso adictivo hasta la consolidación del mismo y posterior tratamiento.

SOCIDROGALCOHOL como entidad que agrupa a un nutrido colectivo de profesionales multidisciplinares que trabajan en este ámbito, quiere hacer llegar un posicionamiento claro siempre con la intención de mejorar la información y la atención que se ofrece a los Trastornos Adictivos. Todo ello bajo el prisma de la evidencia científica y tratando de dar respuesta a algunas de las lagunas existentes, tanto desde el plano de la prevención como de la intervención en los procesos adictivos.

1. Determinadas sustancias y comportamientos (juego) pueden resultar potencialmente adictivos. Que se llegue a desarrollar una adicción depende de diversos factores individuales y ambientales que al presentarse conjuntamente hacen a la persona más vulnerable a la misma. Dado que la mayoría de personas que juegan o usan drogas, legales o ilegales, no desarrollan una adicción (se calcula que solo un 10%), cuesta comprender que haya algunas que no puedan controlar su conducta. Comprenderlo resulta más sencillo cuando se entiende el concepto de adicción.

2. Las drogas y determinados comportamientos activan el llamado circuito de recompensa cerebral y producen sensaciones agradables de bienestar, euforia o relajación. Además, se produce un condicionamiento adictivo, que se adquiere de manera progresiva, como consecuencia del consumo reiterado de la sustancia o de la realización repetida de la conducta, con efectos reforzadores inmediatos. El condicionamiento adictivo es mucho más que una costumbre o un hábito, pues se pierde libertad para escoger entre diversas respuestas. Son respuestas más o menos automáticas de búsqueda y consumo, siendo muy difícil resistirse a consumir o realizar ciertas conductas en determinadas situaciones. Cuanto más grave es la adicción, mayor es la pérdida de control y más "robotizada" es la conducta de consumir o de hacer una conducta

3. La adicción puede estar condicionada por contextos familiares, económicos, psicológicos, culturales, políticos, legales...; no es solo una consecuencia del mal funcionamiento cerebral, ni de los cambios que efectivamente se producen en el cerebro. Las condiciones ambientales ponen en diferente contacto a las personas con las drogas, y además de los factores individuales (biológicos y de aprendizaje), determinan la vulnerabilidad a la adicción.

4. Las adicciones constituyen, según la Organización Mundial de la Salud, un trastorno mental y no un problema de voluntad o vicio. Además, tienen consecuencias negativas para la salud física y mental, las relaciones interpersonales, el trabajo, los ingresos económicos, el alojamiento, y la propia libertad y autonomía.

5. La adicción es un complejo trastorno biológico, psicológico y social que necesita ser guiado por varias aproximaciones clínicas y de salud pública. Gracias a considerarla como una enfermedad común y no un vicio, se han desarrollado medidas preventivas, tratamientos y políticas de salud pública eficaces para abordarla.

6. La prevención debe fundamentarse en actuar sobre los factores que favorecen la adicción y en estimular los que protegen de su aparición. Detectar precozmente y tratar lo antes posible los trastornos adictivos resulta más sencillo y efectivo, ya que puede evitar la cronificación de la adicción y prevenir las consecuencias negativas relacionadas con la desadaptación sociofamiliar y la salud (física y mental).

7. La mayoría de las personas con una adicción no han seguido nunca un tratamiento. Al tomar sus propias decisiones, en ocasiones en lugar de recuperarse se van "hundiendo" progresivamente. Por ello, es recomendable seguir un tratamiento especializado que incluya un equipo de diversos profesionales (médicos/as, enfermeras/os, psicólogos/as, psiquiatras, trabajadores/as sociales...) expertos en conductas adictivas,

ya que las consecuencias de la adicción tienen repercusiones biológicas (modificaciones neurobiológicas en cerebro), psicológicas (cambios cognitivos, conductuales y emocionales) y sociales (familiares, económicas, laborales y legales).

8. Son factores biopsicosociales los que intervienen en la génesis de la adicción y en su mantenimiento, y también las consecuencias son biopsicosociales, lo que hace necesaria la intervención multidisciplinar. Precisamente es este enfoque multicausal el que permite explicar de manera interactiva el desarrollo de un proceso adictivo y al mismo tiempo realizar un abordaje integral. En este modelo integrador se da la misma prioridad a todas las dimensiones de la persona, individualizando el tratamiento y centrándolo en ella y no en las sustancias. Por ello ya son décadas de estrecha colaboración entre distintas disciplinas en el campo de las adicciones.

9. Como la adicción no es una "enfermedad contagiosa", es fundamental el papel activo de la persona en cualquier momento del proceso adictivo, tanto para dejar el consumo o cambiar la conducta de manera espontánea ("recuperación natural") como en la propia recuperación durante el tratamiento, implicándose en las técnicas motivacionales, de deshabitación psicológica y de prevención de las recaídas. La adicción es un proceso perfectamente recuperable, por grave que sea. La adicción es tratable, y la evidencia científica ha demostrado que el mejor tratamiento es aquel que combina intervenciones psicosociales con medicación.

10. Reducir el estigma sobre las personas que sufren una adicción favorece tanto su incorporación a un tratamiento especializado como su posterior recuperación. Las personas con adicciones deben tener fácil acceso a un modelo asistencial multidisciplinar y a recibir una asistencia integral y de calidad, basada en el conocimiento científico, y en igualdad de condiciones que el resto de usuarios del sistema sociosanitario, evitando así que se les estigmatice.



Ana Lima es la presidenta del Consejo General del Trabajo Social, entidad que ha firmado con motivo de estas Jornadas Nacionales un convenio de colaboración con Sociodrogalcohol.

¿Por qué es tan importante esta firma del convenio entre ambas entidades?

Para nosotros es muy importante porque de alguna manera pone de manifiesto esa colaboración que queremos hacer con otras profesiones para enfocar el trabajo de forma multidisciplinar e interdisciplinar con ese aspecto biopsicosocial. Es decir, trabajar de una forma integral todas las cuestiones que se deben trabajar en una persona que o bien ya tiene una adicción, o también la prevención. Hay que tener en cuenta no solo cuestiones sanitarias o médicas sino también su entorno familiar, individual, social, familiar; y hay que trabajar desde esa prevención y desde ese tratamiento y la reinsertión social, si es que ha habido un proceso de aislamiento.

¿Se olvida en ocasiones la vertiente social?

Yo creo que a veces cuando trabajamos las adicciones centramos demasiado las cuestiones en el tratamiento y la abstención, que por supuesto son fundamentales, pero hay que tener en cuenta que en una conducta de consumo influyen muchos factores, hay algunos que tienen que ver con ese automatismo social en el cómo vivimos, desde el punto de vista también de salud pública, sanitarias, sociales, la permisividad del entorno, problemas que pueden llevar a la persona a tener conductas adictivas, que a veces de una manera engañosa se piensa que eso va a aliviar; cuando lo que estamos viendo es que las consecuencias generan una serie de problemas que hace que todo sea un abordaje mucho más complejo. Es decir, hay personas que además del problema de la adicción empiezan a tener problemas de salud mental, empiezan a cometer delitos, pueden tener un absentismo laboral o

escolar; y todo eso les va generando malestar, es como una bola de nieve que va engordando y llega un momento en el que la persona ya no lo puede manejar. La persona tendrá que volver a hacer su vida y aquí es donde puede volver a surgir el problema, si no hemos trabajado bien todo el entorno, la familia, la red de relaciones y el comportamiento; si no hemos logrado hacer un cambio en esas cuestiones, a veces va a ser muy probable que se produzca, incluso una recaída. También es cierto que hay personas que necesitan de un abordaje muy complejo. Vemos como hay personas que el tema del consumo les ha llevado incluso a delinquir y les ha llevado a la cárcel y toda su vida se va estropeando poco a poco a consecuencia de ese consumo. Hace falta tener unos recursos apropiados y garantizar que de esto se sale, que hay esperanza, que de esto se sale y que se pueden conseguir transformaciones importantes en la vida de la gente.

¿Cuál es el papel del trabajador social en todo lo que comenta?

Nuestro papel tiene que ver con colaborar con el equipo. En principio hay funciones que puede hacer cualquiera del equipo, como formar, asesorar, apoyar, pero yo creo que hay una cuestión fundamental muy importante y que es exclusiva del trabajador social que es esa valoración social. Ese diagnóstico social que hay que hacer para ver también qué necesidades tiene esa persona en ese aspecto, qué necesidades familiares, individuales y cómo podemos hacer una estrategia de intervención que sea exitosa. Para mí, desde mi punto de vista, es muy importante que se realice un pronóstico, que es saber qué itinerario y líneas de intervención se van a realizar, como decía no solo con la persona sino con su familia o su entorno- si lo hay y no se han roto todas las relaciones- e intentar recuperarlas. La idea es poder abordar ese cambio en la vida que necesita la persona para volver a tener unas pautas de salud y de comportamiento social otra vez normalizada.

¿Cuáles son las consecuencias sociales que más se suelen ver en las personas que presentan un trastorno adictivo?

Las consecuencias sociales son quizás demasiado amplias, porque va a depender de cada caso, pero hay personas que a causa de su enfermedad mental que se suma al trastorno adictivo pueden tener problemas de comportamiento que les hace tener un aislamiento social y que la sociedad sienta miedo y los estigmatice. Y esto puede hacer que tengan un comportamiento antisocial, o violento o agresivo hacia su entorno. Hay personas que acaban empobrecidas porque tienen

un absentismo laboral que hacen que se queden sin trabajo, que su familia desconfie de ellos y se queden sin apoyos de ningún tipo, sin una red de apoyo, con lo cual acaban en una situación de pobreza y exclusión que junto con su consumo hacen que acaben cometiendo delitos y muchos de ellos acaban en la cárcel. Vemos a gente con esa doble situación de consumo con un trastorno mental. También vemos a gente en situación de calle. La mayor parte de la gente que está en situación de calle son personas que tienen problemas de salud mental y una adicción. También se ha hablado, incluso en este congreso, de problemas de seguridad. Como la propia comunidad genera miedo hacia ciertas personas con conductas adictivas que pueden tener accidentes, violencia hacia otros, etc. y como todo eso se va haciendo una bola de nieve, como decía, que al final es muy difícil de tratar. También vemos que hay una cuestión de género, y que las mujeres tienen mucho más riesgo a la violencia y como los propios recursos sociales no están adaptados para tratar varias cosas. Es decir, hay un centro de violencia de género pero que no trata su adicción y entonces al final no funciona.

Habla un poco de las necesidades que existen, ¿Qué retos de futuro hay que afrontar?

Yo creo que los retos de futuro tienen que ver con una prevención medio ambiental. Ahora en trabajo social hablamos mucho de la sostenibilidad, del desarrollo sostenible y es verdad que hay que tener en cuenta todos los factores, físicos, económicos, sociales, etc. todo eso tienen que acompañar los recursos humanos. Los equipos tienen que tener esa visión integral. Hay que poner a las personas en el centro de la intervención y tiene que hacerse desde esos equipos interdisciplinarios donde las personas somos únicas. Puede haber personas que tienen un problema de adicción y además otro problema social añadido, otro problema de salud añadido; y con ellos la forma de abordaje debe ser multidimensional y hay que tratar cada una de las dimensiones afectadas a parte de la adicción. Esa visión es fundamental, de la dimensión biopsicosocial y que hay que trasladar a la atención. También hay que hacer muy grande la prevención, eso es fundamental, no solo tratar un problema cuando ya existe sino además prevenirlo. La coordinación entre recursos es muy importante, porque como decía, la persona puede tener problemas sociales, legales, etc. y todo eso tiene que trabajarse desde los distintos recursos, que tienen que estar muy bien coordinados.



Entrevista a Ana Isabel Ruiz.

¿Se muere por consumir drogas y por estar en tratamiento farmacológico?

La gente muere por consumir drogas, sí, se muere por consumo de drogas, por heroína, y hemos visto en el congreso que por analgésicos opioides también. ¿Por qué? Porque la mayoría de opioides junto con la heroína y la metadona también, son agonistas puros y no tienen efecto techo y el riesgo de depresión respiratoria, a mayor dosis, va aumentando. En cambio la buprenorfina es un agonista parcial con efecto techo y a dosis

de 24 mg (aquí en España), que es el tope, aunque afecten la dosis y esta tenga efectos secundarios, no tiene función terapéutica, por lo que tiene efecto techo.

¿Durante el tiempo de tratamiento puede haber síndrome de abstinencia en las personas que están siendo tratadas con el fármaco y además consumen otros opiáceos?

Si está en una dosis de mantenimiento, una dosis alta que permita un bloqueo opioide eficaz, no aparece síndrome de abstinencia porque además si consumen no notan los efectos de la heroína. Digamos que al receptor tiene mayor afinidad por la buprenorfina que por el agonista, entonces si están todos los receptores cubiertos ni entra la heroína o el agonista opioide que sea, no puede entrar al receptor, con lo cual luego tampoco hay síndrome de abstinencia porque el receptor está ocupado por la buprenorfina.

En Portugal, España y en Europa está surgiendo ahora una naloxona para evitar la sobredosis, se está estudiando, ¿es necesario que este fármaco lle-

gue rápidamente a la sociedad civil o solo debería llegar a las instituciones de salud?

En Europa ya lo tenemos en las instituciones de salud. Yo creo que la epidemia que hay en EEUU espero que no llegue a Europa, principalmente porque el sistema sanitario es muy diferente y la prescripción de este tipo de fármacos está algo más controlada. De hecho desde la propia institución sanitaria aquí en España hemos dado la alerta de lo que está pasando y se están tomando medidas para controlar. Entonces la naloxona en los centros sanitarios, sí, en ciertos pacientes no tanto como en EEUU es cierto que tal vez sea recomendable que el familiar de la persona que la toma sepa como manejar la naloxona para poder evitar una sobredosis.

La sobredosis cuando ocurre, generalmente ocurre en la calle, si es así, ¿por qué no está en la calle este fármaco para poder salvar una vida?

Estaría bien a lo mejor, que protección civil o la policía, recibieran una formación sobre cómo administrar la naloxona que es nasal.

“La gente muere por consumir drogas, sí, se muere por consumo de drogas, por heroína, y hemos visto en el congreso que por analgésicos opioides también”



Entrevista a Miriam Álvarez.

Acaba de decir una frase en la que aseguraba que está enamorada de un fármaco que soluciona problemas a los usuarios de drogas

Es verdad, el trabajo con drogodependientes es durísimo porque nunca tienes garantizado el éxito, incluso cuando un tratamiento va bien, luego el paciente recae y es muy frustrante, entonces con el subuxone no es así. Pero a parte es que nosotros queremos normalizar estos pacientes, no es solo que no consuman es que se sientan bien. Entonces el subuxone al mejorar el estado cognitivo y anímico permiten al paciente recuperar aspectos de su vida que estaban perdidos: la vida familiar, la social, etc. Realmente les da un punto, no como euforizante pero el que viene de 'estar muerto' y le 'das un poquito de vida', realmente lo has resucitado.

¿Tiene una eficacia mayor que la metadona?

Yo voy a hablar desde mi experiencia, cuando empecé a trabajar el subuxone aún estaba en fase embrión, por entonces tenía

pacientes en metadona que habían terminado y les había ido bien. Pero al bolsa grande de pacientes eran pacientes que o bien recaían y seguían consumiendo o eran pacientes que no consumían pero que tenían una vida plana, no tenían ningún tipo de aspiración. No consumen pero son muertos vivientes. Este aspecto es el que más me importa de este medicamento, el que de repente empiecen a trabajar, empiecen a salir a divertirse, retomen la vida familiar, para mí eso es la salud. La salud del drogodependiente no es solo que no consuma.

¿Se trata de un paciente que puede recuperar una vida normal?

Absolutamente normal porque como además es un medicamento que se puede sacar en farmacia, esto de tener que ir al centro de salud. No. Yo me siento igual que el paciente cardíopata que recoge sus pastillas para la hipertensión y que la señora diabética que recoge su insulina. Yo soy un enfermo de una patología mental que es la dependencia a la heroína y a mí me tratan con la misma dignidad.



Entrevista a Rodrigo Oraa Gil.

¿Qué tiene el subuxone que no tiene la metadona?

Yo he hablado en la ponencia con las evidencias más relacionadas con las propiedades farmacológicas del subuxone y he hablado de los aspectos en la cognición, de la seguridad, de los estados afectivos; de estas cuestiones farmacológicas. Y luego tiene otra, y es que no tiene todas esas vivencias que sí tiene la metadona en cuanto a la pérdida de control, tener que ir todos los días a buscarla, el miedo al luego no poder quitarlo o decir cuando quitarlo. Ha configurado una forma de trabajar no solo en cuanto a los aspectos farmacológicos sino en la relación que establecemos con el paciente y que permite trabajar mejor, en mi modo de ver toda la recuperación.

Entonces es el propio paciente el que ha empezado a sentir que no es un enganchado, un drogadicto que va a por la metadona. Soy un enfermo, tengo una enfermedad cerebral y recojo mi medicación en una farmacia.

¿Qué precauciones debe tener un paciente que está utilizando subuxone?

Pues prácticamente ninguna, por eso es un medicamento que nos gusta tanto porque es de los pocos medicamentos que tiene un efecto techo, de forma que el riesgo de sobredosis que tenemos con otros medicamentos, en este medicamento desaparece.

Es decir, ¿no presenta síndrome de abstinencia?

El síndrome de abstinencia lo puedes tener cuando el paciente hace un mal uso, mezcla con metadona. El síndrome de abstinencia les provoca mucho dolor, mucha angustia pero no es mortal, estaríamos provocando un efecto indeseable que es molesto pero no es grave.

Muchas veces se dice que la diferencia está en el precio, porque la metadona es gratuita y los fármacos, dicen ellos, que son un poco caros, entonces claro, esto puede optar o no al tratamiento.

Bueno sí, también es cierto que los precios cambian cuando se extinguen las patentes pero hay algún estudio de Roncero del año 2016 en el que analiza más costes no solo el directo del fármaco y en el que concluye que no es más caro. Y lo segundo parece que en el campo de las adicciones tenemos que seguir justificando que los incrementos en precio tienen que ser milagrosos cuando parece que en otros fármacos no parece que tengan que defenderlo tanto. ¿Cómo medimos el aumento de la probabilidad que tiene una persona de recuperarse de una situación terrible en relación al coste? ¿Cuánto incremento de precio necesita justificar?

¿Hay que tener más preocupaciones hacia este tipo de tratamiento o es un tratamiento normal como el de cualquier otra patología?

Como psiquiatra tengo la experiencia de usar fármacos complicados, complejos, etc. A mí me parece que estamos usando primero un fármaco que es bastante seguro y desde luego más seguro que lo que toman por su cuenta antes de que vengan a la consulta.

¿Se puede prescribir esta mediación sin hacer una deshabituación?

Lo importante es que el paciente haga la deshabituación, porque hablamos de que la dependencia a opiáceos es una enfermedad crónica, entonces hay que seguirla a largo plazo. A este paciente el subuxone le va a dar una calidad de vida espectacular. Pero hay que ver cada caso clínico, porque hay momentos de su vida que ellos no saben resolver y en esos momentos recurren, a lo mejor no a la heroína, pero sí a la cocaína, al cannabis, al alcohol. El hecho de que ellos hagan la deshabituación con nosotros y que vayan de la mano, hace que los enseñemos a prevenir esas situaciones, a resolverlas cuando aparecen, a recomponerse cuando caen. Por eso es importante que no solo con el subuxone, sino con cualquier medicamento se trabaje también las partes biopsicosociales.

Última cuestión sobre casos clínicos. Vosotros los profesionales de la sa-

Pocas veces las personas que vienen a la consulta les preocupa la seguridad cuando ha estado usando heroína y otras sustancias. En la práctica los que trabajamos con este fármaco, y trabajo con muchos otros, no lo vemos para nada complicado.

¿Hay recaídas con este tratamiento?

Claro. Los factores que pueden influir en la vida de las personas, como han comentado mis compañeras, a través de casos clínicos, la medicación ayuda, pero una separación, una pérdida de un apoyo económico, la falta de trabajo, etc. son múltiples las cosas que suceden en la vida mientras están en tratamiento. Y es parte del trastorno adictivo los procesos de recaída. Ellos deben saber que pueden retomar el tratamiento cuando lo necesiten sin por ello ser juzgados, sin tener que tener vergüenza de haber recaído. Muchas veces en este proceso de recuperación hay varios ciclos, eso es una constante.

Para finalizar, ¿Es este un fármaco solo para consumo de opiáceos o se puede aplicar al consumo de otras sustancias?

R. Utilizar este fármaco que está preparado para personas con consumo de opiáceos para otros consumos, es algo que habría que valorar muy detenidamente y no hay evidencias disponibles.

lud por norma no presentáis casos clínicos, ¿Por qué?

Yo no lo sé, yo sí, presento muchísimo porque es mi forma de demostrar que la teoría es cierta. Yo puedo leer muchas cosas pero si luego en la clínica no funcionan. A mí me presentan fármacos maravillosos, pero si yo luego empiezo a usarlos y no noto mejoría, los quito. Entonces a mí me encanta presentar casos clínicos en los que se vea qué es eficaz y lo demuestro en esta historia que tiene cara y tiene vida. En el papel todo está muy bien pero eso no es la vida real.

Está a punto de surgir ahora una naloxona nasal para evitar la sobredosis, ¿Qué opinión tiene sobre este medicamento?

Buenos, pues espero que sea tan estupendo como este. Todavía no estoy familiarizada con él, pero siempre abierta a todo medicamento que venga a mejorar la calidad de vida y la salud de nuestros pacientes.