

JORNADA SET ADICCIONES Y ADOLESCENCIA ¿HACIA DÓNDE VAMOS?



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE TOXICOMANÍAS

Valencia, viernes 3 de marzo de 2017

Complejo Deportivo-Cultural La Petxina

Financiado por:



Colaboran:



Comité Organizador

Presidentes:

Francisco-Jesús Bueno Cañigral

Rafael Alexandre Benavent

Secretario:

Antonio Vidal Infer

Vocales:

Carmen Puerta García

Víctor Villanueva Blasco

Cristina Roca Carpio

Andrea Sixto Costoya

Editores:

Francisco-Jesús Bueno Cañigral

Antonio Vidal Infer

Víctor Villanueva Blasco

Cristina Roca Carpio

Andrea Sixto Costoya

Edita:

Plan Municipal de Drogodependencias (PMD)

Unitat de Prevenció Comunitària en Conductes Addictives (UPCCA-València)

Concejalía de Sanidad, Salud y Deportes

Ajuntament de València

ISBN: 978-84-9089-081-3

Imprime: Martín Impresores, S.L.

Depósito Legal: V-1965-2017

INDICE

ACTO INAUGURAL

7

Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral

Jefe de Servicio de Drogodependencias (PMD/UPCCA-València)
Regidoria de Sanitat, Salut i Esports
Ajuntament de València

Dra. Dña. Carmen Puerta García

Presidenta de la Sociedad Española de Toxicomanías (SET)

Ilmo. Sr. D. Francisco de Asís Babín Vich

Delegado del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

CONFERENCIA INAUGURAL

19

PRESENTACIÓN

Prof. D. José Miñarro López

Catedrático de Psicobiología
Facultad de Psicología
Universitat de València

PERSPECTIVAS DE LA PREVENCIÓN EN ESPAÑA

Prof. D. Elisardo Becoña Iglesias

Catedrático de Psicología
Facultad de Psicología
Universidad de Santiago de Compostela

PRÁCTICAS PROFESIONALES EN LA PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES

Moderador:

Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral

Jefe de Servicio de Drogodependencias (PMD/UPCCA-València)

Regidoria de Sanitat, Salut i Esports

Ajuntament de València

LA EFICACIA DE LA PREVENCIÓN ESCOLAR EN LA ADOLESCENCIA

Prof. D. Manuel Isorna Folgar

Universidad de Vigo

Técnico de Prevención de Adicciones en el Ayuntamiento de Catoira

(Pontevedra)

PREVENCIÓN Y FAMILIA: EDUCAR AL EDUCADOR

D. Álvaro Olivar Arroyo

Educador Social y Pedagogo

Profesor Técnico de Servicios a la Comunidad. Consejería de Educación

Comunidad de Madrid

¿QUÉ PUEDE HACER LA COMUNIDAD PARA PREVENIR?

D. Rafael Arredondo Quijada

Trabajador Social

Asociación Cívica para la Prevención (ACP). Málaga

Profesor de la Universidad de Málaga

Presentación:

Prof. D. Antonio Vidal Infer

Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación

Facultad de Medicina

Universitat de València

ACTUALIZACIÓN EN ALTERNATIVAS DE OCIO DIRIGIDAS A ADOLESCENTES

Dr. Amador Calafat Far

Presidente de IREFREA

MESA REDONDA II:

81

ADICCIONES: MÁS ALLÁ DE LAS SUSTANCIAS

Moderadora:

Dr. D. Rafael Aleixandre Benavent

Científico Titular. Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria (UISYS)

Universitat de València-Consejo Superior de Investigaciones Científicas (UV-CSIC).

INTERNET: ¿ES REALMENTE UNA FUENTE DE INFORMACIÓN PARA LOS ADOLESCENTES?

D. José del Val Carrasco

Jefe de Servicio de Cooperación con las ONG

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

ADICCIÓN AL MÓVIL. RETOS Y OPORTUNIDADES EN UN USO ADECUADO DE LÁSTIC

D. Enrique Madrid Tortosa

Técnico de Prevención

UPCCA Mislata (Valencia)

BUENAS PRÁCTICAS EN LA CIBEREDUCACIÓN

Prof. Dña. Rosario del Rey Alamillo

Profesora de Psicología de la Educación

Facultad de Psicología

Universidad de Sevilla

TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN ADOLESCENTES

Modera:

Prof. D. Víctor Villanueva Blasco

Psicólogo

Universidad de Zaragoza

Universidad Internacional de Valencia (VIU)

LA DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS ADICTIVOS

Prof. D. Bruno Ribeiro do Couto

Facultad de Psicología

Universidad de Murcia

EL ABORDAJE FARMACOLÓGICO DEL ADOLESCENTE DROGODEPENDIENTE

Dr. D. Bart

olomé Pérez-Gálvez

Psiquiatra

Unidad de Alcoholología. Hospital Universitario de San Juan de Alicante

PATOLOGÍA DUAL EN ADOLESCENTES

Dr. D. Abel Baquero Escribano

Psicólogo

Proyecto Hombre-Fundación Amigó

Castellón de la Plana

ACTO INAUGURAL



ACTO INAUGURAL

Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral

Jefe de Servicio de Drogodependencias (PMD/IUPCCA-València)

Regidoria de Sanitat, Salut i Esports

Ajuntament de València

Muy buenos días.

En primer lugar debo disculpar la ausencia de Dña. Maite Girau Meliá, Concejala de Sanidad, Salud y Deportes del Ajuntament de València, que no puede estar en este Acto Inaugural, por encontrarse en la reunión de la Junta de Gobierno del Ajuntament de València que se está celebrando a esta misma hora. En su nombre les doy la bienvenida y les agradezco su asistencia a todos ustedes, ponentes, profesionales asistentes, organizadores y muy especialmente al Dr. Francisco Babín y a la Dra. Carmen Puerta.

Esta es la tercera Jornada que realizamos en este mismo lugar conjuntamente con la Sociedad Española de Toxicomanías (SET), con la financiación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España, con la colaboración de la Universitat de València y del Ajuntament de València. En noviembre del año 2014 celebramos el “Primer Foro SET de Intercambio de Experiencias en el Tratamiento de las Drogodependencias”. En marzo del año 2015 celebramos la Jornada “Las políticas sobre drogodependencias desde una perspectiva nacional y transnacional”. Y hoy inauguramos la **“Jornada SET: Adicciones y adolescencia ¿Hacia dónde vamos?”**. Por lo que agradezco a la Dra. Dña. Carmen Puerta, Presidenta de Sociedad Española de Toxicomanías (SET) la elección de Valencia para celebrar estas Jornadas, que para nosotros y para todos los profesionales que han asistido a las mismas tienen mucha importancia.

También agradezco profundamente que el Dr. D. Francisco de Asís Babín Vich, esté hoy con nosotros una vez más. Es para mí un gran honor que a pesar de sus múltiples tareas y compromisos nacionales e internacionales, haga un hueco en su apretada agenda de trabajo y se desplace a Valencia o bien para inaugurar unas Jornadas o para exponernos las últimas actuaciones y proyectos de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Muchas gracias Carmen, muchas gracias Paco.

Felicito a todos los ponentes que van a participar en esta Jornada por su aceptación, así como por su calidad científico-técnica demostrada a través de sus dilatadas experiencias laborales. También felicito a todos los socios de la SET y a todos los profesionales asistentes a esta Jornada por su laboriosidad diaria, por su interés por la formación y por la contribución al desarrollo de las diferentes actividades en el ámbito de las adicciones, como son la prevención, la asistencia, la rehabilitación y la reinserción social. A los estudiantes que han venido a esta Jornada, les animo a seguir formándose en esta área del conocimiento tan apasionante y cambiante en el tiempo. A buen seguro que los excelentes ponentes del día de hoy, lograrán que se cubran todas las expectativas personales que cada uno de nosotros tenemos puestas en el desarrollo de esta Jornada.

Han transcurrido más de treinta años desde que el Plan Nacional sobre Drogas inició sus actividades; más de treinta años desde que el Ajuntament de València empezara en 1984 a interesarse por los drogadictos creando el Centro Urbano Municipal de Rehabilitación de Toxicómanos (CUMRT), más de treinta años de que muchas Fundaciones, Sociedades Científicas, Asociaciones, Servicios, etc. iniciaran sus actividades con mucha voluntad y dedicación para intentar atajar un grave problema social como era la drogadicción.

Ha transcurrido mucho tiempo y como es obvio han pasado muchas cosas y la sociedad ha cambiado enormemente. Pero si echamos la vista atrás y recordamos que en los años noventa del siglo pasado, después del paro y del terrorismo, el tercer problema que preocupaba a los españoles eran las drogas y pensamos que las drogas ocupan el puesto número treinta y cuatro de la preocupaciones de los españoles, podemos llegar a muchas conclusiones, Pero este no es el momento, pues este tema es motivo de una Jornada específica.

A pesar de ello, sí que quiero resaltar la excesiva tolerancia que tiene la sociedad ante el fenómeno de las drogas. Los consumos de diversas sustancias (alcohol, cannabis, cocaína, derivados anfetamínicos, etc.) forman parte de las conductas de muchos jóvenes y adultos, siendo además motivo de orgullo en determinados ámbitos sociales. A la sociedad en general parece que no le preocupen mucho las adicciones con sustancia; y por supuesto existe un gran desconocimiento de la adicciones sin sustancia y de los diversos trastornos de la conducta que se están generando especialmente entre los más jóvenes. Parece que la sociedad real vaya por una lado, lo que nos cuentan los medios de comunicación vaya por otro y lo que realmente les preocupa e interesa

a las personas vaya por otro lado. Grave efecto de la globalización donde cabe todo y donde cualquier opinión difundida en cualquier medio de comunicación, red social, blog, etc. tiene gran influencia pública. Cualquiera puede argumentar los grandes beneficios de la legalización de las drogas, de los efectos terapéuticos de determinadas sustancias, de la normalización del uso del cannabis por sus ventajas saludables, del uso continuado del alcohol, de la publicidad del juego online de apuestas realizada por líderes deportivos, etc.

Por lo que me parece muy acertado el título de esta Jornada de la SET **“Adicciones y adolescencia ¿Hacia dónde vamos?”**. Porque todo lo que decíamos hace diez años, posiblemente hoy no sirva todo. Y lo que digamos hoy, tendremos que revisarlo dentro de poco tiempo, porque la sociedad va muy deprisa y la influencia, en muchos aspectos negativa, de la información y la publicidad cambia la percepción de la realidad.

En este contexto, no es casual que la Fundación del Español Urgente (FUNDEU), promovida por la Agencia EFE y el BBVA, haya elegido entre aquellos términos del español que han marcado la actualidad informativa del año 2016 y tienen, además, interés desde el punto de vista lingüístico, la palabra **populismo**. Que el Diccionario de la Lengua Española (2014), define de una forma un tanto neutra como *“tendencia política que pretende atraerse a las clases populares”*. Según el Diccionario la utilización de esta definición suele ser despectiva. Pero si analizamos el uso actual y mayoritario de esta palabra, resulta más peyorativa de lo que define el Diccionario. Populismo en la actualidad parece aludir a una forma de hacer política caracterizada, al margen de la ideología que la sustente, por el intento de atraerse emocional y vehementemente el favor popular ofreciendo soluciones simples y poco fundadas a problemas reales y complejos. Tenemos populismo político, populismo sanitario, populismo social, populismo judicial, etc.

También debemos tener en cuenta, en este contexto, que el Diccionario Oxford haya elegido como palabra del año 2016 el neologismo **post-truth o posverdad** y lo haya incorporado al Diccionario. Se trata de un término híbrido bastante ambiguo cuyo significado *“denota circunstancias en que los hechos objetivos influyen menos en la formación de la opinión pública, que los llamamientos a la emoción y a la creencia personal”*. Una cosa es el concepto que individualmente tenemos y sentimos de la palabra verdad y otra cosa totalmente diferente es lo que nos relatan, nos informan, nos revelan como verdad. Para muchos escritores, dicho claramente, la posverdad es igual a la mentira, y punto. Y de mentiras, la sociedad está bastante harta. Además de

que muchas personas ya no discriminan entre una terminología u otra, pasan de las normas y las leyes, se potencia el individualismo insolidario, etc. Hoy más que nunca en nuestra sociedad necesitamos verdades que correspondan con la realidad que estamos viviendo, porque lo contrario son mentiras, falsedades y graves errores, que se dicen y hacen con la clara intención de engañar a todas las personas.

Digámoslo claramente, las adicciones con sustancia o sin sustancia siguen siendo en el año 2017 un problema educativo, familiar, social, económico, legal, etc. Tan lejos como anteaer la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) presentó su Informe 2016, en el que se hace un análisis de la situación mundial de la fiscalización de drogas y se formulan recomendaciones para ayudar a los Estados a adoptar medidas eficaces para hacer frente a los problemas relacionados con las drogas. En dicho Informe se resalta la estrecha colaboración existente con España para hacer frente a los problemas de las drogas. También la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas emitió el Informe 2015 **“Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España”**, que lo pueden encontrar en la página web de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y que si el Delegado aquí presente, quiere hacer algún comentario, se lo agradeceríamos. Hemos avanzado mucho en España pero según los datos de este Informe 2015, seguimos en lo mismo no solamente en cuanto a los consumos, que siguen siendo iguales, por ejemplo un 2,9 ha consumido setas mágicas, ketamina, etc. Seguimos ocupando el quinto lugar en Europa de consumo de drogas ilegales; el consumo mayoritario sigue siendo el tabaco, el alcohol y luego la cocaína y el cannabis. Los chicos son los que más sustancias ilícitas consumen, el cannabis es la droga ilegal más común dentro de los consumidores, los consumos comienzan a los 13-16 años en nuestro país, siendo Cataluña la que tiene el porcentaje más elevado con un 23,4%, le seguida de la Comunidad Valenciana con el 23,3% y después el País Vasco.

Evidentemente este es un tema muy actual e interesante, que nos ocupa y preocupa a muchas personas. Pero lo importante son las personas, los niños, los adolescentes, no las sustancias ilícitas o lícitas, por lo que todos los profesionales tenemos la obligación de seguir trabajando en todos los aspectos que comportan las adicciones; la obligación de informar y formar a los jóvenes, a las madres, a los padres, a los profesores y maestros y a la sociedad en general. Pero con una información veraz de las ventajas y de los riesgos de las conductas de las personas. Todos los actos humanos tienen consecuencias o positivas o negativas o neutras, y esto tan siempre deben conocerlo los jóvenes y experimentarlo en su vida cotidiana, para que si

ACTO INAUGURAL

asumen en algún momento de sus vidas conductas de riesgo, los resultados no sean irreversibles y puedan desarrollarse adecuadamente como personas, para alcanzar y ejercer con el tiempo una vida adulta y cabal.

Reitero mi agradecimiento a todos y a todas y les invito a participar activamente con todas las dudas o las preguntas que consideren adecuadas durante el desarrollo de esta Jornada.

Muchas gracias y tiene la palabra la Dra. Dña. Carmen Puerta García, Presidenta de la Sociedad Española de Toxicomanías (SET).



Francisco J. Bueno, Francisco de Asís Babín y Carmen Puerta

Dra. Dña. Carmen Puerta García

Presidenta de la Sociedad Española de Toxicomanías (SET)

Muy buenos días a todos y a todas.

Es para mí un auténtico placer estar otra vez en Valencia. Muchísimas gracias a todos porque aquí siempre somos muy bien acogidos y nos tratáis muy bien.

La Sociedad Española de Toxicomanías (SET) se financia única y exclusivamente con dinero de las Administraciones Públicas. Por lo tanto gracias al Plan Nacional Sobre Drogas porque siempre nos apoya en la financiación de nuestras actividades y así podemos hacer Jornadas como esta con la colaboración de otras Instituciones Públicas, como en este caso con la del Ayuntamiento de Valencia y la Universidad de Valencia.

No sé si entendéis que ahora mismo, y después de unos años de crisis, es muy difícil para una Sociedad Científica mantenerse sólo con dinero de las Administraciones Públicas, tanto Central, como Autonómicas o Locales y además poder realizar actividades, es difícilísimo.

Pero tanto la Conselleria de Sanidad, como el Ayuntamiento de Valencia siempre han estado muy pendientes de la formación de sus profesionales y de la difusión de la información sobre adicciones. Han sido muy exigentes con el tema de la formación en adicciones y nosotros en la SET que siempre hemos estado en la vanguardia de la formación y de la investigación hemos encontrado su apoyo y colaboración para la realización de Cursos y de Jornadas como la que hoy inauguramos.

Por lo tanto, muchas gracias al Dr. Francisco Babín, Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y al Dr. Francisco Bueno Cañigral, Jefe de Servicio de Drogodependencias de la Concejalía de Sanidad, Salud y Deportes del Ayuntamiento de Valencia, por vuestro apoyo continuado a las labores que hacemos desde la SET.

Muchísimas gracias también a todos los ponentes y a todos los asistentes, es importante ver este salón de actos lleno y que haya personas jóvenes, estudiantes o profesionales, que tiene interés por aprender, que quieren seguir formándose.

En esta Jornada vamos a hablar de un tema que es tremendamente sensible y con el que todos los profesionales que trabajamos a pie de calle con adolescentes estamos muy preocupados, por eso hemos titulado esta Jornada **“Adicciones y adolescencia ¿Hacia dónde vamos?”**. Espero que la gran calidad de todos los ponentes de esta Jornada os aporte formación de interés y además que podáis intervenir tantas veces como queráis para expresar a profesionales tan buenos como la que tenemos hoy aquí.

Ilmo Sr. D. Francisco de Asís Babín Vich

Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Un saludo formal para mis dos amigos, Carmen y Paco y un saludo absolutamente formal también para todos y todas, muchas gracias por estar aquí.

La verdad es que venir a Valencia me llena de satisfacciones tanto desde el punto de vista profesional como personal, con lo cual, seguramente de manera legítima, considero esto mi segunda casa, estamos aquí porque la ocasión lo merece.

El Dr. Francisco Bueno citaba los más de 30 años del Plan Nacional sobre Drogas, concretamente 32 años cumplimos en el 2017.

A lo largo de ese tiempo hemos pasado por dos epidemias clarísimas, una es la de la heroína a finales de los 70 y durante los años 80. Hoy la prevalencia del consumo de heroína entre la población general está por debajo del 0,1%. Pero todos nos acordamos de que aquello fue una desgracia. También hemos discurrido clarísimamente por una epidemia de consumo de cocaína a lo largo de década y media y que en este momento va en claro retroceso. Pensad por ejemplo, que en los últimos diez años aproximadamente, el consumo de cocaína en adolescentes ha descendido más de dos tercios, más del 66%, que la demanda asistencial por consumo de cocaína como droga principal se está retirando de manera clara de todos los centros de atención a las adicciones, y sin embargo están emergiendo otras epidemias.

Creo que es bueno que le pongamos este epíteto precisamente para conseguir llegar a la sociedad y sensibilizar sobre ello, como puede ser por ejemplo el caso de los derivados del cannabis, me da igual, que hablemos de hachís, marihuana, aceites o de cualquier otra cuestión. Hemos de tener en cuenta que no sólo no hemos conseguido ponerle coto, sino que en los próximos días, cuando presentemos la nueva encuesta, se podrá percibir que ha aumentado unas décimas el consumo respecto de la encuesta anterior.

Y sobre todo hay algo que también nos preocupa, no por su prevalencia de consumo, pero sí por lo que apunta hacia el futuro, que es el terreno de las nuevas sustancias psicoactivas. Pensad que desde que creamos en 2012 la Red de Alerta Temprana para la detección de estas sustancias, ya se han detectado más de cien nuevas sustancias circulando en nuestro país, y de ellas varias han

sido detectadas por primera vez en Europa, por nuestros propios servicios de detección, ya sean los de Organizaciones No Gubernamentales, o los de las Administraciones Públicas.

Por lo tanto el reto es tremendo pero nos equivocariamos si el reto lo focalizáramos en las sustancias. Creo que es absolutamente fundamental que el reto lo planteemos desde la perspectiva de las personas y del conjunto de la sociedad, sabiendo, evidentemente, que algunos sectores pueden estar más comprometidos que otros en relación a su calidad de vida. Me estoy refiriendo al caso de los menores donde curiosamente, el mayor problema no lo tenemos con las drogas de tráfico ilícito, sino con las sustancias de lícito comercio, fundamentalmente con el alcohol, como sabéis perfectamente, por poner un ejemplo.

Me estoy refiriendo también al problema de los psicofármacos desde la perspectiva, sobre todo, de las mujeres de mayor edad, y de la prevalencia de consumo en esos estratos de edad. También me estoy refiriendo, como no, a algo que sigue siendo cierto, y es que si bien hoy en día los consumos recreativos están directamente ligados al potencial adquisitivo y al dinero de bolsillo que cada persona tiene para gastar, no deja de ser cierto, que desde el punto de vista del abordaje de la problemática del abuso, de la dependencia de sustancias, los sectores más desfavorecidos de la sociedad siguen precisando de una discriminación positiva para incorporarse dentro de itinerarios terapéuticos y reinsertadores que les permitan algo que la constitución les garantiza, que es ser personas con plenos derechos en el ejercicio de esos plenos derechos y por tanto también desde el punto de las obligaciones, contribuir adecuadamente al desarrollo de la sociedad con todo su potencial.

Por tanto, los retos son tremendos. Es verdad, que desde la perspectiva de un acto inaugural, como este, no se trata de dictar una conferencia, y no lo voy a hacer, pero sí me gustaría decirnos cuales son las cuatro o cinco líneas fundamentales en las que estamos trabajando desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas en coordinación con todos los actores del Plan Nacional y que van ser objetivos para este mismo año.

En primer lugar, por su trascendencia, la renovación de la Estrategia Nacional sobre Drogas. La anterior Estrategia, aunque la consideramos prorrogada hasta que tengamos una nueva, terminó formalmente en diciembre de 2016, por tanto, ahora estamos ultimando la evaluación de esa estrategia y empezando a definir la metodología que vamos a aplicar para la elaboración

de la nueva. Todos aquellos que estéis integrados de una u otra manera en el Plan Nacional sobre Drogas, vais a participar para su definición.

En segundo lugar, y no menos importante, en dotar de un sustrato normativo al Sistema Español de Alerta Temprana. Hemos demostrado que funciona. Desde 2012 hasta ahora, hemos detectado más de cien nuevas sustancias, pero precisamente si algo le falta a ese sistema es una normalización desde el punto de vista de la garantía de continuidad, sin necesidad de estar apelando al voluntarismo de aquellos que colaboran en la detección y en la comunicación de la existencia de estas nuevas sustancias. Se trata de darle durabilidad y proyectarlo hacia el futuro, no se trata, por tanto, de crear nuevas obligaciones, sino de que nos rente y sea eficiente como debe de serlo desde el punto de vista del reto que abordamos.



Francisco J. Bueno, Francisco de Asís Babin y Carmen Puerta

Internamente tenemos otros retos que nos permiten dar alguna respuesta a algunas de las cosas que aquí se han comentado. Por ejemplo, aunque os parezca paradójico, en este momento, tenemos una ley del fondo de bienes decomisados, contra el tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados, que permite que aquello que se les quita a los “malos” mediante sentencia judicial firme, se dedique a financiar jornadas como estas, pero el reglamento que se aplica para ejecutar esa ley corresponde a una ley anterior que también hubo con este fin. Esto crea unas distorsiones, desde el punto de vista administrativo, tremendas, y hace ineficientes algunos de los procesos. Vamos a elaborar un nuevo reglamento de esa ley con el fin de aumentar la eficiencia. En cualquier caso, incluso antes de aprobar ese reglamento, ya

ACTO INAUGURAL

os digo que en la reunión de la mesa de coordinación de adjudicaciones del fondo que se celebró ayer, pudimos subir unos modestos 100.000 euros para la convocatoria de este año, en relación con las entidades sin ánimo de lucro y elevamos, bien es cierto, que porque no se convocó el año anterior, hasta un 50% el importe de la convocatoria por actividades de prevención a ejecutar por las corporaciones locales, lo cual creo que son buenas de noticias, desde el punto de vista de lo que comentaba Carmen Puerta, Presidenta de la SET, de la necesidad de financiar estas actividades y de hacerlas eficientes.

Si me refería antes al problema del alcohol y de los menores, fijaros, en este momento existen en este país ciento noventa y ocho normas autonómicas que inciden de una u otra manera, sobre el consumo del alcohol por parte de menores de edad. Ya os podéis imaginar que las ciento noventa y ocho no dicen lo mismo. Entendemos que hay una oportunidad compleja si la miramos desde la perspectiva del arco político, pero necesaria si lo miramos desde la perspectiva de salud pública, para abordar esta problemática con una perspectiva eminentemente preventiva y de carácter integral, dicho en otras palabras, garantizando una serie de acciones basadas en evidencias científicas que permitan abordar este fenómeno, con un poquito más de eficiencia de lo que lo hemos conseguido hasta la fecha, y no porque los consumos no estén bajando, que lo están haciendo, y así nos lo demuestran sucesivamente las encuestas, sino porque alguno patrones de ese consumo son francamente perjudiciales para la salud de nuestros menores.

Estamos inmersos en muchas batallas, muchos frentes simultáneamente, pero hay que estarlo y hay que llegar. Tenemos que ser capaces de sacar todo esto adelante y es verdad que el Plan Nacional sobre Drogas bebe de un consenso permanente a lo largo de sus 32 años de vida, que yo apelo. No podemos convertir la política de drogas en un intercambio desde el punto de vista de las necesidades y desde el punto de vista de las acciones políticas. Si somos capaces de conseguir ese consenso y mantenerlo, desde luego, vamos a ser capaces de conseguir objetivos.

El Dr. Francisco Bueno, se refería al Informe que presentó la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), antes de ayer. Ahí se leen muchas cosas buenas de España, pero también nos ponen los puntos sobre las íes en relación a otras cuestiones que todavía no hemos sido capaces de acotar. Se habla de la colaboración intensa y permanente entre la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes y el Gobierno de España, pero también se nos dice que no estamos sabiendo atajar el problema del incremento del consumo de cannabis. No con esas palabras, pero se da a entender claramente. También

ACTO INAUGURAL

pone el énfasis desde una perspectiva propositiva, no de crítica, en el hecho de que nuestra situación geoestratégica y la cantidad de recursos que hay que dedicar al control del tráfico de drogas puede incidir negativamente en las políticas de prevención desde el punto de vista del reparto de los recursos. Yo creo que son cosas sobre las cuales merece la pena reflexionar.

En último término, al final trabajamos para el conjunto de la sociedad, y lo decía antes también, para los sectores más vulnerables, desde el punto de vista de la adolescencia y de la primera juventud; ese es uno de los argumentos que nos reúnen hoy aquí.

No sé a dónde vamos, pero sí sé que a donde vayamos debemos ir todos juntos. Yo creo que eso nos permite conseguir dos cosas. La primera, generar salud y ojala calidad de vida para toda la población, la segunda, presentarnos ante la sociedad como lo que somos: profesionales vocacionales que sustentamos nuestra actividad en la evidencia científica y cuyo único afán es el de mejorar en el día a día esas mismas condiciones de vida.

Muchas gracias por haber decidido hoy estar aquí, porque con vuestra presencia contribuís notablemente a enriquecer los debates y a darle sentido a esta Jornada. Y desde luego mi agradecimiento, siempre, al Plan Municipal de Drogodependencias del Ayuntamiento de Valencia y a la Sociedad Española de Toxicomanías (SET) por estar permanentemente en ese primer frente de batalla para conseguir algunas, ojalá todas, estas cuestiones de las que hemos estado hablando.



José Miñarro y Elisardo Becoña

CONFERENCIA INAUGURAL

PRESENTACIÓN:

Dr. D. José Miñarro López

Catedrático de Psicobiología

Director del Máster Oficial en Investigación, Tratamiento y Patologías Asociadas en

Drogodependencias

Facultad de Psicología

Universidad de Valencia

Buenos días, tengo el placer y también el honor de presentar al primer ponente de esta Jornada, el profesor Elisardo Becoña. Tengo que decirles que yo lo conocí ya hace algunos años, de hecho esta mañana se lo comentaba, cuando lo invité a las primeras ediciones del Máster que yo dirijo, a las jornadas que nosotros hicimos en estos primeros años de andadura del Máster.

Por lo tanto, conozco en parte la trayectoria del profesor Elisardo Becoña y voy a hacerles una pequeña presentación, porque si me tengo que extender a todas sus publicaciones y trayectoria científica, la verdad es que podría estar prácticamente todo el día hablando sobre él. Por lo tanto voy a hacer una presentación muy breve del profesor Elisardo Becoña.

Él es Catedrático de Psicología Clínica del Departamento de Psicología Clínica en la Universidad de Santiago de Compostela. Durante toda su vida se ha ido especializando sobre el estudio de las conductas adictivas, y además tiene una amplia trayectoria docente e investigadora y a su vez, clínica, lo cual, desde un punto de vista global, le convierte en un profesional muy completo. Daros cuenta que es académico, es investigador y es clínico. Desde el punto de vista de la investigación y la clínica, tiene numerosas publicaciones científicas en revistas con un alto factor de impacto y además con una traslación muy importante porque investiga con seres humanos y por lo tanto la verdad es que su trabajo es muy relevante.

Ayer por la noche estuve viendo un poco las últimas publicaciones del profesor Becoña y la verdad es que son trabajos muy interesantes, las últimas publicaciones realizadas, tienen que ver con el consumo de alcohol, y su

relación con la recaída en el consumo de tabaco, o por ejemplo también la implicación de los fumadores pasivos, en este caso, de niños con asma en la trayectoria de su enfermedad. O también la relación que hay entre el tabaco y la depresión y como ésta puede ser un factor en la recaída en el consumo de tabaco. O por ejemplo también, como diversos tratamientos, o diversas líneas clínicas de investigación, en este caso de motivación, como se pueden diseñar estrategias para el control del consumo de tabaco. La verdad es que son publicaciones, que estuve consultado, y me parecieron muy importantes.

Tiene muchísimas más publicaciones a lo largo de toda su trayectoria profesional, pero como ya digo, estas que he mencionado son las últimas y la verdad es que son muy significativas. Además ha publicado numerosos libros y evidentemente no sólo estos artículos sino muchos más artículos a cerca del tratamiento del tabaquismo.

Además también parece ser que dentro de sus trabajos más destacados y difundidos se encuentra un libro que tiene que ver con la prevención, titulado ***Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias***, que supuso un verdadero hito en la conformación de las bases científicas de la prevención en nuestro país. Prevención que como sabéis, no tiene un carácter científico y él lo que puso en evidencia es no solamente el carácter científico de la prevención sino también la evaluación de la prevención en este libro y en este estudio que además le ha merecido el reconocimiento de numerosos organismos y estudiosos de la prevención, tanto dentro de nuestras fronteras como fuera.

Por lo tanto, la verdad es que un honor tenerlo con nosotros, y ya no me extendiendo más.

Muchas gracias por estar aquí y tienes la palabra.

CONFERENCIA INAUGURAL



José Miñarro y Elisardo Becoña



Elisardo Becoña Iglesias

PERSPECTIVAS DE LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN ESPAÑA

Prof. D. Elisardo Becoña Iglesias

Catedrático de Psicología

Facultad de Psicología

Universidad de Santiago de Compostela

Voy a hablar de las perspectivas, tal como yo lo veo, de la prevención del consumo de sustancias en España.

Antes de empezar, me interesa señalar unos elementos que van a marcar toda la exposición.

El primero sería, aunque pueda ser un atrevimiento, que voy a realizar un planteamiento global de un tema muy difícil y que no se ha hecho de un modo sistemático.

En todo lo que vamos a decir va a haber aspectos positivos y negativos y lo que subyace a todo eso, es que tenemos que seguir mejorando. Se ha hecho muchísimo, pero la función de todo profesional es seguir mejorando, seguir mejorando.

Otro dato que yo creo que es importante resaltar es que, gracias precisamente al Plan Nacional sobre Drogas, tenemos una información excelente sobre lo que ocurre con el tema de las drogas en España, entonces muchas de las cosas que vamos a indicar, se fundamentan en los propios datos oficiales y en este caso hay que partir una lanza a favor de la situación nuestro como país, pues somos uno de los países del mundo que tiene mejores datos sobre lo que son las prevalencias, las incidencias, la mortalidad, y los tratamientos. Lo que luego ocurre, como todo el mundo sabe, es que esto no penetra en los representantes públicos que tienen que poner más dinero en este tipo de cuestiones, porque es la características propia del país.

Otro de los aspectos que yo creo que hay que tener en cuenta es la idea de que estamos ante un grave problema de salud y por lo tanto lo que nos interesa es solucionarlo o ir avanzando en la solución. Sin embargo, como ha ocurrido y sigue ocurriendo, hay cosas que se están haciendo bien, otras se

están haciendo muy bien, y otras que no se están haciendo del todo bien y esto es lo que vamos a intentar ver de modo rápido.

Lo primero que quiero indicar es que yo voy a hablar de **prevención**, no voy a hablar de otra cosa, y esto acarreará pequeñas diferencias con algunas cuestiones que se van haciendo, porque hay que empezar a llamar a las cosas por su nombre y no siempre se hace esto, yo voy a hablar de prevención y luego además voy a delimitar lo que es “prevención” y lo que son “otras cosas”. Con esto no quiero decir que esas “otras cosas” sean malas, solo que no son prevención, aunque puedan ser útiles, o complementarse con la prevención. Además voy a hablar desde una perspectiva científica y más global e internacional, no lo que hacemos en un lugar concreto o lo que uno cree. Existen varios planteamientos sobre lo que se entiende por prevención, entonces el objetivo básico es que hemos de tener un plan de acción, tenerlo organizado, saber a dónde vamos y tener un objetivo porque al final, lo que nos interesa básicamente es muy sencillo en este tema, reducir los factores de riesgo, la edad de inicio y el consumo de drogas, aunque esto, también reconozco que es bastante difícil en muchas ocasiones. También comentaremos que pasa en los países más desarrollados, porque no estamos en las antípodas de éstos, sino en la misma línea. El gran elemento amplio es el tratamiento y a la prevención cuesta más.

Internacionalmente, tenemos totalmente claro lo que es la ciencia de la prevención, lo que ocurre es que es un poco difícil pasar luego de ésta a lo que son los programas preventivos y a lo que hay que hacer en el día a día, porque esto implica no solamente características técnicas muy específicas y una gran formación, sino también recursos. Por ejemplo, hay un gran grupo de trabajo, formado por cien grupos distintos en Europa, que tienen delimitado lo que es la ciencia de la prevención que además es un tema muy interdisciplinar, hay que tener conocimientos de epidemiología, de evaluación, habilidades de cambio, etc., y hay que empezar a pensar que en la prevención hay que abrir un poco más el abanico porque hablamos de drogas pero las drogas se relacionan con muchos otros problemas como la violencia, la baja autoestima, el fracaso escolar, los problemas en casa, etc. Hay que pensar en individuos, no en sustancias y hay que pensar en todo globalmente no meramente en una cosa parcializada, aunque los movimientos sociales, los cambios sociales, la estructura social y otros elementos característicos inciden en este tema.

Me voy a centrar, como he comentado en prevención y en ciencia de la prevención, para poder unir un poco esta cuestión e ir avanzando, lo digo

CONFERENCIA INAUGURAL

porque luego sí que vemos, en ocasiones, que se hacen cosas que pueden ser útiles pero no se centran en el objetivo central.

Los objetivos están totalmente claros en prevención y todo el mundo los conoce, retrasar el inicio, entrenar a la persona para que tenga más habilidades, etc. No me voy a detener en ellas porque en cualquier manual aparecen claras, y esto es lo que hace cualquier persona que interviene en el campo preventivo.

También está totalmente claro por qué debemos prevenir el consumo de drogas, porque hay gente que puede tener dudas desde una perspectiva administrativa-política, no me refiero al PND, que pelea contra otros organismos para conseguir más financiación, sino que la prevención es un tema de estado pero global o sino no va a haber tantos recursos. Digo esto porque el tema de drogas fue muy importante en los años 70 y 80 porque era una preocupación social impresionante, pero la visión por parte de un sector de la población es que se ha solucionado el problema porque morimos de éxito, tenemos una red de tratamiento, que es la más importante de Europa y una de las más importante del mundo y funciona muy bien, entonces como está contenido el problema, parece que no hay problemas de otro tipo. Al mismo tiempo los medios de comunicación están pasando a hablar de otro tipo de temas distintos a lo que es el consumo / abuso de sustancias, con lo cual esto nos influye negativamente.

Para enmarcar el tema, hablar de prevención primaria, secundaria y terciaria es antediluviano, no tiene sentido desde la perspectiva preventiva porque esto tiene cincuenta años y no se utiliza desde hace mucho tiempo. Hoy se suele hablar de un modelo que está totalmente asumido por parte del Instituto de Medicina Norteamericano y que ha sido transmitido a varios organismos, que hace referencia a que existen tres tipos de prevención, la universal, la selectiva y la indicada y esto además ya se ha hablado hace treinta años, no estamos hablando de ayer, e incluso sabemos lo que hay que hacer, lo digo porque yo me fundamento en datos científicos de por dónde deben ir las cosas y algunas hay que ir las matizando. Lo que se sostiene desde una perspectiva de salud, porque entendemos que es un problema de salud, ya que si entendemos que la prevención es un problema educativo ya estamos hablando de otra cosa. La educación puede funcionar, pero cuando ésta falla es cuando entran otros mecanismos en funcionamiento.

Hay un aspecto previo a la introducción de la prevención que es todo el tema de la promoción de la salud. Entonces hay un papel muy importante

CONFERENCIA INAUGURAL

tanto en los centros de salud, centros de atención primaria, en las escuelas de promover la salud, los hábitos sanos, sentido común de lo que se debe hacer, es decir, una sociedad donde funcione bien y la gente esté bien educada sanitariamente no precisa pasar un proceso preventivo. Es decir si una persona tiene hábitos de vida adecuados y saludables todo el día ¿para qué le van a aplicar prevención? Ya no sería necesario.

Luego el fenómeno de las drogas no es nuevo y entonces sí que es preciso aplicar tipos prevención ya conocidos: universal, selectiva e indicada. Universal, para todos, habitualmente jóvenes y hechos en las escuelas. La selectiva para grupos de riesgo concretos que ya son subgrupos muy específicos y la indicada para individuos o subgrupos más específicos totalmente identificados para aplicar intervención. Yo parto de este modelo que es el asumido, aunque muchos dirán que hay otros modelos, pero hay que ver en que nos movemos y si estamos en una ciencia de la prevención lo que queremos hacerla de calidad. Los últimos modelos de calidad del observatorio de Lisboa o por ejemplo el gran programa COPOLAD que tiene España para Latinoamérica van en la misma línea.

Las drogas como consumo abarcan absolutamente a todo, al individuo, a la familia, al grupo de iguales, a la escuela, al contexto social, al ocio, al sistema económico, a las drogas sociales, a las vulnerabilidades psicológicas, fisiológicas, etc. Estamos hablando de un tema realmente muy complejo y la prevención ha cogido relevancia cuando aparece un problema que no soluciona la educación ni la evolución histórica.

Con respecto a las fases está todo totalmente estructurado. Quizás en lo que más habría que ir avanzando, aunque ya se avanzó mucho en los años previos pero con la crisis se ha resentido un poco, es en tener programas preventivos, ya que estos programas tienen un objetivo concreto, un grupo definido, unas actividades, un entrenamiento, una planificación, un seguimiento, situaciones de ayuda, etc.

Adelanto que las acciones puntuales son perder el tiempo, un programa preventivo debe ser un programa mantenido en el tiempo a lo largo de varios años y esto es muy importante tenerlo en cuenta, porque la clave cuando hablamos de prevención es que realmente hablamos de programas preventivos y hay sólo hay una tercera parte de programas preventivos evaluados, porque si un programa no se puede evaluar no sabemos si funciona o no y en esa línea luego comentaremos algunas cosas que se siguen haciendo y que no

tienen un nivel demostrado de eficacia, porque a veces parece que queremos “hacer por hacer”.

Resumiendo: **¿Qué significaría prevención?** Sería una acción clara con el objetivo de que con la misma no se produzca cierta conducta o reduzcamos la frecuencia, reducir la prevalencia del consumo de drogas respecto a un grupo de control, relativo a lo esperado. Nadie puede esperar que con la prevención bajemos a un nivel de consumo cero, o a la mitad o dos tercios de golpe en un año, eso es muy difícil porque hay que ver la evolución histórica que tiene.

Tenemos que tener una metodología clara que permita reproducir lo que hagamos, lo que hoy haga aquí lo tengo que reproducir en otro sitio, porque esto es lo que nos permite cambiar unos programas de un sitio a otro sin un coste importante así como utilizar y aplicar o replicar en nuestro medio, siempre que sea viable, los programas que se llevan a cabo en los países que hacen más investigación.

Por otra parte, los programas tienen que ser estructurados, con un número de sesiones, lecciones a lo largo del tiempo, con unos objetivos que se vean que pueden producir cambios que se fundamente en la evidencia científica, etc.

Tampoco podemos olvidarnos que hay que tener una adecuada cualificación profesional para hacer prevención, que es buena en la mayoría de los casos, pero a veces aparecen cosas puntuales donde no queda tan claro este tipo de cuestiones.

Desde esta perspectiva es importante tener en cuenta lo que no es prevención, es decir, información, educación, sensibilización, charlas aisladas, apelación al miedo, educación para la salud, campañas, reducción de daños y tratamiento, no son prevención. En algún caso pueden ser muy útiles algunas de estas perspectivas o planteamientos, por ejemplo para los padres es excelente lo que es la información y la sensibilización, para ciertos grupos sociales pueden estar bien cierto tipo de charlas, pero cuando lo aplicamos específicamente como una acción preventiva y lo entendemos como tal, nos equivocamos porque claramente no es prevención, y hay que indicarlo porque es así, lo que ocurre es que a veces hay un planteamiento de que hay que hacer algo por hacer, sin saber si funciona o no y por desgracia, a veces, en prevención hacer es peor que no hacer, esto es algo que yo he conocido por experiencia. Siempre me acuerdo, por si hay alguna duda, que cuando se intentaron sacar las primeras leyes de tabaco, hace veinte o veinticinco años, pasaba una cosa

muy curiosa, y es que cuando la Administración sacaba una campaña preventiva para concienciar a la población de que no fumasen ya sabíamos lo que ocurría en la semana anterior o en la posterior; que había una contracampaña con diez veces más medios de la industria tabaquera, muy hábil, que anulaba la campaña anterior, por eso, como luego también comentaremos, tener leyes y normas es clave, porque la prevención no se puede hacer si la sociedad no quiere que se haga prevención o si la sociedad no tiene normas y leyes específicas para cubrir la prevención, porque si no no tiene sentido, es decir, si queremos que en las escuelas los niños aprendan alemán, tiene que haber una justificación social para que aprendan este idioma, porque si no ¿para qué tienen que hacerlo? Este sería el planteamiento, y pasa lo mismo con el tema específico de la prevención del que estamos hablando.

En esta vía, hay algunos programas y acciones muy llamativos y muy públicos que no son prevención, son otra cosa, entonces voy a ir listándolos rápidamente para que vayamos llamando a las cosas por su nombre porque algunas cosas que vamos a ver pueden ser útiles y tienen sus sentido, pero no se le pueden llamar prevención como a veces se hace. Por ejemplo informar es informar, es dar una comunicación a alguien y punto. Sensibilizar, es eso, es hacer sensible a alguien de algo concreto, pero no se espera ni en la información ni en la sensibilización, ni en la educación, ni en las charlas, que haya un cambio de conducta. Esta es la diferencia, es decir, todo lo que hable aquí esta mañana sirve para escuchar, luego para reflexionar y quizás para actuar, dependiendo del tipo de personas, pueden actuar o no, pero si fueran adolescentes la probabilidad de actuación de lo que yo les diga es muy reducida, por mi edad, por la forma de hablar, por mi vestimenta y por el lenguaje. Estas cosas hay que tenerlas en cuenta porque a veces, lo que se hace muy bien intencionadamente no llega a ese lugar concreto.

Me estoy centrando en lo negativo, pero vamos a ver también lo positivo, el discurso va a ser una de cal y otra arena con respecto la idea que subyace sobre que tenemos que mejorar lo que estamos haciendo, porque nos estamos jugando algo importante, la salud de los niños, adolescentes y de las personas que en un futuro hay que evitar que tengan problemas significativos.

Otra de las cuestiones que es muy importante, es que la promoción de la salud, dentro de los modelos de salud, es determinante porque la clave de la promoción de la salud es que todo el sistema social asuma de modo claro que si la gente consume drogas va a desarrollar problemas de salud importantes, que van a influir en la esfera física y en la psicológica en el sentido que va a recurrir luego a demandas de tratamiento bien de ambulatorio o bien vía

CONFERENCIA INAUGURAL

hospitalario, por eso se organizan los programas de este modo. Son programas orientados en el campo de salud y el Plan Nacional sobre Drogas está el Ministerio de Sanidad, de modo concreto, porque es un tema de salud, digo esto para ir enmarcando el tema, no está ni en Educación, ni en Interior, como estuvo en otros momentos, ni está en otro tipo específico de ministerios y eso hay que tenerlo en cuenta. La promoción de la salud, no hay que olvidarlo, es el paraguas que tienen los estados para planificar sanitariamente lo que tienen que hacer que es seguir los planteamientos de la promoción de la salud y el sistema operativo es la educación para la salud, que se suele hacer habitualmente en los centros de salud, porque nuestro sistema educativo no facilita que tengamos un programa específico de educación para la salud para aplicar a la prevención de drogas y para aplicar otro tipo de problemas de conducta como los de depresión, los malos tratos, el bullying, etc...

Continuando con las cuestiones de lo que no es prevención, no podemos llamar programas preventivos a los programas no evaluados, lo que no está evaluado no nos sirve, ni los programas vinculados a la industria tampoco, porque no los han evaluado, y por lo tanto no sabemos lo que ocurre. Esto es algo que se ha ido generalizando mucho en los últimos años y que seguramente siga generalizándose y crea distorsiones a veces.

Tampoco es prevención aquellos programas informativos que dicen que dan información y luego en la letra pequeña pone que hacen prevención. Prevención significa que tienes que aplicar una intervención para reducir la prevalencia o para reducir la edad de inicio, si eso no lo puedes conseguir no estamos haciendo eso, estamos haciendo otra cosa. Yo no digo que pueda ser útil en algunos casos para sensibilizar, pero sería sensibilización o para informar sería información, pero no es prevención, aunque hay confusión a estos niveles.

No es prevención las charlas dadas en los colegios sobre drogas, eso es información. Tampoco lo es la educación para la salud si no está dentro de un programa de educación para la salud, global, municipal o de otro sitio, si está sí que sería educación para la salud, pero es algo más complejo. Con todo esto, no digo que varios de los ejemplos que ponga no sean ejemplos buenos, muchos lo son y permiten cambios importantes.

No es prevención que los presos de una cárcel vayan a dar charlas a escolares sobre drogas porque esto es contrapreventivo y eso lo sabemos hace treinta años, no de ahora. Las charlas, son eso, charlas, no son otra cosa, no podemos ir más allá.

Tampoco es prevención la realización de actividades, eso son actividades lúdicas, no son actividades preventivas, porque para que lo sean tienes que demostrar que consiguen el objetivo preventivo y si no se demuestra no se le puede llamar a algo, algo que no es, porque hablaríamos de otra cosa.

El gran problema que existe con la prevención es que hay un cuerpo técnico excelente, pero a veces hay ideas que no dependen necesariamente del cuerpo técnico, porque los programas preventivos pueden ser municipales, de una asociación concreta, en la escuela... por eso nos falta todavía profesionalizar la prevención. Por ejemplo, existen programas que no hacen prevención, lo que dan es información y charlas, pero no se ha evaluado la capacidad preventiva.

Por otra parte nos sobra información científica, todo lo que estoy comentando ya lo han comentado todos los manuales de referencia nacionales, europeos, internacionales... tenemos muchísima información.

Un aspecto positivo, después de todo esto, es que lo estamos haciendo igual que en todos los países. Todos los países están en la misma línea. En EE.UU., por ejemplo, los estudios han encontrado, que muchas escuelas y comunidades están utilizando programas y estrategias de prevención que tiene poco o ninguna evidencia de efectividad. No estamos tan allá, yo incluso, subjetivamente, lo plantearía de otro modo, creo que estamos mejor aquí en nuestro medio porque a nivel escolar, como luego comentaremos, se ha hecho un esfuerzo enorme, se están aplicando programas preventivos buenos, bien evaluados, con una cobertura, a veces, muy buena y seguramente lo estamos haciendo mejor aunque con menos medios. Todo lo que hemos dicho previamente hay que aplicarlo no solamente a nosotros, está ocurriendo en muchos países. El gran problema es que la prevención no es algo prioritario.

Hay una cuestión en la que es importante incidir, con la crisis en los últimos años, han aflorado elementos nuevos que parece que habían quedado aparcados. Estos días me acordaba que edité un libro en el año 95, hace veintidós años, donde se intentaba poner un poco de orden porque se incidía mucho en lo que era contrapreventivo, es decir, aquello que tenía efecto opuesto al esperado, y actualmente nos estamos encontrando con cuestiones puntuales de acciones que no tienen ese efecto preventivo y que están hechas con la mejor intención del mundo, y esta es la cuestión, es decir, tenemos crisis y por lo tanto no podemos aplicar un programa preventivo y echamos mano de lo que sea. Esto pasa en muchos colegios, que por tema

de presupuesto no pueden contratar a un técnico en prevención o acudir a un programan y se lanzan a lo más fácil, llamar al Ayuntamiento, a la Policía Nacional o la guardia Civil y para que les manden a un técnico, y eso es totalmente bien intencionado, pero por los datos que tenemos, no consigue el efecto preventivo y puede tener un efecto contraproducente, según los estudios que se han realizado. Siempre me acuerdo de todos los programas que hubo de conductor alternativo que se pusieron en práctica en España durante muchos años, con respecto a ellos, lo que la población no sabía es que incrementaban el abuso de alcohol. La idea era que alguien condujese sin que estuviese embriagado para que no tuviese un accidente de tráfico y el resultado era que la gente bebía más, no el conductor, sino los acompañantes, como no iban a tener un accidente de tráfico bebían mucho más, con lo cual la industria financiaba ese tipo de programas, porque aumentaba su negocio. Hoy nadie escucha hablar de programas de conductor alternativo y esos datos los teníamos, entonces, la investigación es muy importante porque nos permite acotar lo que funciona y lo que no, entre otras cosas.

¿Qué se precisa en prevención a parte de lo que ya tenemos?

Pues mucha más prevención y profesionalizar ésta, es una de las ideas. Y luego, hay que tener en cuenta que lo informativo, lo educativo, como hemos visto, no es prevención y hay que saber cómo se utiliza, porque además es clave la cercanía, es decir, un profesor que está con sus alumnos todos los días incide muchísimo más en el cambio de actitudes, comportamientos, destrezas, habilidades, etc. de sus alumnos, que una persona que vaya allí puntualmente a hablarles, y esto lo tenemos que tener muy presente, de ahí que son clave en el campo escolar los profesores, en el campo comunitario las personas con peso, etc. Y luego hay que evaluar todo lo que se hace, primero porque estamos hablando de ciencia de la prevención y luego porque estamos ante un problema muy serio.

Entrando en temas centrales de cara a quien tiene que financiar la prevención, es importante señalar primero que ésta es eficaz, existen muchos estudios, como por ejemplo el famoso de Tobler del año 2000, que incluyó 207 programas preventivos y queda claro que la prevención del consumo de drogas es efectiva cuando se utiliza con los criterios científicos adecuados, que son con los programas interactivos, centrados en habilidades para la vida, con un número determinado de sesiones y sesiones de refuerzo, es decir, son eficaces aunque no podemos decir que solucionan el problema del consumo, ni que lo reducen a la mitad, pero sí que son programas eficaces, y esto es muy importante saberlo. Los meta-análisis de los últimos años vuelven a indicar que los programas preventivos son eficaces, con lo cual hay que

CONFERENCIA INAUGURAL

decir nuevamente que cuando se aplica un programa preventivo siguiendo las normas adecuadas, se consiguen resultados y esto es muy importante que se sepa, porque justifica la financiación, porque si no también puede haber un problema si alguien piensa que no es eficaz.

Voy a centrarme ahora en cómo está la situación en nuestro medio partiendo de lo anterior, aunque todo va en la misma línea.

Lo primero que hay que señalar es que la prevención de drogas en España es una historia en movimiento que va pasando por distintas fases dependiendo del momento histórico, de las sustancias, de los profesionales, del dinero disponible, del contexto social, etc... pero hay que indicar también que nuestra sociedad es poco preventiva porque vivimos en una zona del planeta excelente y mucha gente no es consciente. Tenemos un clima increíble, andamos muchísimo tiempo por la calle, lo cual para el sistema cardiovascular es estupendo, tenemos un nivel de estrés reducido respecto a otros países, nos encanta la amistad, con lo cual tenemos un apoyo social enorme, entonces no le damos tanta relevancia a la prevención porque realmente para una parte de la población no es tan relevante debido a que no les causa problemas, por lo menos no los causaba históricamente porque ahora sabemos que sí que los causa, el del alcohol y el tabaco de toda la vida, que no se conocía, pero también en los jóvenes y no tan jóvenes, porque ahora hay personas de 40 años, en quienes aquellos consumos iniciales de cocaína se ven reflejados en patología física, psíquica y psicológica muy grave y entonces ya no estamos hablando sólo de adolescentes sino que en aquellos adolescentes que hace veinte o treinta años tonteaban con el cannabis, con la cocaína y menos con la heroína, las consecuencias van apreciando ahora.

Luego hay que decir también que somos una sociedad muy tolerante con el consumo de drogas, pero las sociedades cambian, como hemos visto con la ley del tabaco, y lo veremos, si se aprueba, con la ley del alcohol, porque la sociedad es una sociedad muy tolerante pero muy madura, muy desarrollada y avanzada. Hay que transmitir bien los mensajes y conseguir que se aprueben, porque ésta es otra cuestión, a veces es difícil conseguir que re aprueben cierto tipo de normas por los lobbies que se oponen a que las mismas se aprueben.

Tenemos otro problema que hay que indicar y es que somos una potencia turística, somos el segundo país turístico del mundo en este momento y cuanto más restricciones se hagan para cierto nivel de consumo esto influye

en cierto sector de personas que nos visitan, con lo cual esto es un problema que hay que tener en cuenta a estos niveles y hay que ver cómo ir mejorando.

Prevención de drogas es prevención de todo tipo de drogas, porque una parte de la población no quiere oír del tabaco y del alcohol y la prevención de drogas en adolescentes es de tabaco, alcohol y cannabis, la cocaína y la heroína son más posteriores porque si no se previene lo previo no se va a poder prevenir lo que viene a continuación. Este es el gran problema que hay, porque la sociedad cuando se habla de prevención de drogas solamente piensa en la cocaína, el LSD, la heroína, las drogas de síntesis, las nuevas drogas que van apareciendo, pero el problema es el alcohol y el tabaco.

En prevención hemos avanzado de un modo increíble, aunque la crisis ha sido muy dura para todo, ha producido cierto nivel de estancamiento como veremos con los propios datos oficiales y ha afectado a todo, a la prevención, al tratamiento, al paro, a todo, entonces esto sí que nos ha influido y como comentábamos previamente no se priorizan las cosas, ha sido una reducción un poco lineal. En este sentido, la prevención no estaba tan asentada como el tratamiento y por otra parte no olvidemos que el tratamiento funciona muy bien, los centros funcionan muy bien y la población está muy contenta.

También tenemos el fenómeno autonómico en el tema de la prevención de drogas, somos diecisiete comunidades autónomas más dos ciudades y cada una tiene su programa preventivo, con lo cual nos cuesta mucho a veces intercambiar programas, homogeneizarlos y optimizar aquellos que funcionen mejor, y esto en el tema preventivo es un reino de taifas porque somos quizá el país que tiene más programas preventivos de toda Europa y la gran mayoría sin evaluar. La clave es evaluarlos y ver lo que funciona y en esto se está en los últimos años, incluso desde la Delegación del Gobierno, porque nosotros queremos como país mejorar y que todo lo que se haga, se haga del mejor modo posible.

Otro problema es la falta de evaluación, muchas veces por falta de medios. Un programa preventivo, una vez evaluado, si funciona no hace falta volverlo a evaluar, el tema es que si en cada sitio hay un programa preventivo cuesta mucho evaluarlos y la evaluación, por si hay alguna duda, se hace de los resultados, la evaluación del proceso no vale científicamente. Si lo que haces no tiene resultados te hundan el programa y esto es muy importante para pervivir la prevención. Lo que se hace puede parecer perfecto pero hay que ir un paso más allá o incidir para ir un paso más allá.

CONFERENCIA INAUGURAL

En teoría, la prevención es un tema prioritario, pero también hay temas prioritarios como es por ejemplo el tabaco y el presupuesto destinado a esta sustancia por el Ministerio de Sanidad, a lo mejor es cero euros entonces ¿la prioridad dónde está? Son estas cuestiones que a veces ocurren, es un tema prioritario pero a veces no se ve reflejado, no porque sea una responsabilidad del gestor que lo lleva en ese caso, es que la sociedad funciona dependiendo de cómo decida dedicarle los recursos a unos aspectos o a otros, esto no es una crítica a los responsables que están porque habría que criticar a todos en este caso, sino que una sociedad es el reflejo de aquello que quiere ser, lo digo en ese sentido. Por lo tanto la prevención es un tema prioritario, todo el mundo habla de ella, pero luego se tiende a ir a dar charlas y se entiende que ya está hecha pero eso no es prevención.

Por otra parte están todas las estrategias de drogas, esto es cierto, se habla mucho de su relevancia, existen cientos de programas preventivos y luego parece que todo el mundo hace prevención.

En la práctica, el problema que sigue habiendo es que, a veces, no hay una independencia técnica de las personas que hacen prevención porque dependen de ciertos responsables que son los que deciden por donde hay que ir y esto crea ciertas limitaciones técnicas al que tiene que aplicar los programas porque la gente está muy bien cualificada para hacer prevención y hay excelentes técnicos en todas las comunidades autónomas. Por otro lado existe una confusión, que se puede escuchar en los no técnicos, que a veces toman decisiones o pueden tomarlas con represión, información, educación, sensibilización, reducción de daños, legalización de daños, tratamiento... es una confusión a veces enorme por gente no técnica, que es gente que no es del campo.

Por otra parte se siguen potenciando y financiando programas que no son eficaces, lo que ocurre es que llenan mucho o se cree que con ellos solucionamos el tema a corto plazo. Una buena prevención implica, buenos programas preventivos a nivel de calidad, buena evaluación, buenos profesionales, buenas prácticas... y además los tenemos, somos un país potentísimo también en la evaluación, en el desarrollo y en la implementación de programas preventivos, son excelentes, la cuestión es que luego hay que aplicarlos y no tenemos que estar inventando todos los días un programa, tenemos que partir de lo que funciona y mejorarlo, no buscar siempre cosas nuevas. A parte, al final hay cosas que funcionan muy bien y otras que tienen más dificultades.

A la hora de venderlos ¿Alguien duda de la prevención por la inmunoterapia para el virus de la gripe? Nadie lo duda, en esta línea el objetivo de la

prevención de drogas es el mismo, hay que inmunizar psicológicamente, socialmente, familiarmente a los individuos para que no consuman drogas. La prevención es un elemento central en el campo sanitario y social y funciona, y además en la prevención de drogas se ha demostrado con los programas de alcohol, de tabaco, de cannabis y múltiples drogas, pero hay que aplicarlos del modo adecuado.

En cuanto al tema de información y prevención, conviene indicar de modo rápido que hay que tener muy en cuenta, que la información no vale para todos. Alguien comentaba previamente, hablando de gran hermano y otras cuestiones, y es cierto, que si quien manda el mensaje es hábil puede enganchar al receptor y esto es lo que a veces se hace, hay programas que triunfan porque enganchan al receptor, pero lo que la gente no sabe, es que esos programas enganchan porque buscan un perfil “no normal”, si fuera un perfil normal, la gente se aburre, tienes que buscar un perfil histriónico, con características extremas, que de espectáculo, porque al final es espectáculo y no otra cosa, el objetivo de una televisión es que se vean sus programas. Por lo tanto, con respecto a la cuestión de la información pasado al tema de las drogas, hay que tener cuidado, porque si no lo aplica el emisor adecuado con el mensaje adecuado es contraproducente y también es importante que no sea una figura de autoridad porque si lo es no es creíble, sobre todo en el caso específico de los adolescentes.

La información puede hacer daño, por ejemplo, si tú vas a dar una charla a gente que no sabe cómo funcionan ciertas drogas y les hablas de las ventajas y maldades que tienen, lo que la gente no sabe es que retenemos lo bueno y anulamos lo malo, con lo cual pueden salir de la charla pensando que algo que creían que era muy malo no lo es tanto.

Y por otra parte, los adolescentes obtienen información de otras fuentes, habitualmente sesgadas, que a ellos les resultan más fiables, por eso es muy importante entrar en nuevas tecnologías y en otro tipo de aspectos.

Otro tema importante es si vale la pena **invertir en prevención**, en realidad es el negocio del siglo, pero esto no hay manera de que lo entiendan los gestores a largo plazo. Hay muchos estudios, por ejemplo el de SPOT, que refiere que por cada dólar gastado en un programa preventivo, eficaz, se ahorrarían diez dólares en el futuro, pero el problema es que no los vamos a ahorrar mañana, habrá que esperar diez o veinte años. Siempre pongo el mismo ejemplo, cada persona que consigas que no tenga un programa de dependencia del alcohol, ahorras mucho, porque cada internamiento por

urgencias y cada día hospitalario son quinientos euros aproximadamente y esto la gente no lo sabe, al igual que el cose de un trasplante, estamos hablando de doce o trece mil euros en una sola persona. Si tú lo inviertes previamente y consigues que eso no ocurra diez años después, estás ahorrando para el sistema y además no queda más remedio que hacerlo a medio plazo sino nuestro sistema no podrá hacerle frente.

Hay programas que no funcionan, por ejemplo internacionalmente es el caso del programa D.A.R.E. que en Estados Unidos se ha utilizado muchísimo y que tuvieron que prohibir en algunos Estados porque parece que podía funcionar pero no funcionaba. Por otra parte hay programas excelentes que sí que funcionan, como el de entrenamiento en habilidades para la vida de Botvin que funciona en Estados Unidos, aquí en España y en otros muchos sitios, o adaptaciones del mismo. Otro ejemplo es el programa “Tú decides” de Amador Calafat, un programa que tiene más de treinta años y que se ha utilizado en múltiples Comunidades Autónomas y en distintos países y que funciona perfectamente, por lo tanto lo que precisamos son programas que funcionen.

En cuanto al tema de la cobertura también hay aspectos negativos y positivos. Con la crisis ha bajado la cobertura de los programas preventivos. Como comentaba anteriormente, la suerte que tenemos en España, es que tenemos un sistema de información del PND excelente, entonces, ha bajado casi a la mitad lo que es la cobertura en el campo escolar, pero lo que sí es cierto es que no hay una cobertura para todo el campo escolar y es necesario una asignatura específica, que a la larga habrá que implantarla, porque no va a quedar más remedio, aunque tardaremos una o dos décadas. Se trata de una asignatura de educación para la salud o de hábitos saludables, o como la queramos llamar, para que los individuos aprendan estrategias para la vida, no solamente para el tema de las drogas, sino también para que no tengan problemas de bajo estado de ánimo, de dificultades vitales posteriormente, etc. Retomando la cuestión, ha bajado la cobertura por la crisis pero el aspecto positivo, para que veamos que a veces las crisis mejoran las cosas, sí que han aumentado los programas con menores en situaciones de vulnerabilidad, es decir, ha descendido el global de programas preventivos universales, pero ha aumentado bastante el de programas específicos para menores en situaciones de vulnerabilidad, concretamente de 41.000 en el año 2008 a 121.000 en el año 2014, esto quiere decir que vamos en la buena línea, incluso con crisis, porque a veces ésta hace ponerse las pilas. Hay que pensar que si se aplica a todos se obtiene un resultado y si se aplica a los grupos más vulnerables el resultado va a ser cinco veces más; si yo solo saco a uno de esos del sistema,

si no va a tener luego un problema de adicciones a corto o medio plazo me va a funcionar muy bien. Esto lo digo para que veamos que se va en la línea adecuada a estos niveles.

En cuanto a la cuestión de los profesionales, **los profesionales de la prevención en España**, proceden de distintos campos y una parte importante de ellos tiene un excelente bagaje teórico, técnico y profesional y además están repartidos por todas las comunidades autónomas. Tenemos excelentes técnicos de la prevención, se sabe lo que hay que hacer y además ha habido una preocupación enorme por su formación y por su reciclaje en las últimas décadas. Se ha dado una formación extraordinaria tanto por parte de la Administración Pública, como por asociaciones profesionales que han ido muy bien. Sin embargo, en estos años de crisis ha influido la falta de estabilidad, de medios suficientes, la eliminación de programas por no haber dinero disponible y también nos encontramos con el problema de la independencia porque el técnico a veces depende de otras personas que le dicen lo que tiene que hacer.

Hay que profesionalizar mejor este campo, esto es algo de lo que llevamos hablando ya tres décadas y seguiremos hablando una década o dos más y luego tenemos la necesidad del reciclaje, una jornada como esta viene muy bien para ver cómo vamos avanzando.

Un estudio sueco del año 2004, hay que aclarar que allí la pretensión es tener una sociedad sin personas consumidoras, viene a decir que si tú inviertes mucho dinero en drogas con una perspectiva social, no es lo que inviertas sino que si la sociedad asume que no debe consumir drogas, alcohol y tabaco sobre todo, conseguiremos unos resultados excelentes. Este estudio comparaba el gasto per cápita y refleja cosas curiosas como que el país que más gastaba en aquellos momentos era Holanda, cuando este país tiene unos consumos medios, con lo cual no les iba del todo bien, en segundo lugar estaba Suecia que fue quien hizo el estudio y España estaba bastante a la cola, con Italia, Portugal, Alemania y Grecia. Alguien podría pensar que se invierte muy poco y esto es malo, y realmente invertimos poco, pero el resultado con lo poco que invertimos es increíble a nivel de campañas preventivas, de intervención, de tratamiento, etc. Alguien puede discutir que los datos no son adecuados, pero es lo que tienen publicado.

En aquel momento teníamos unos consumos muy elevados, en los años de 2000 a 2004, pero aun así vuelvo a decir, que con la inversión que teníamos, el resultado en algunas drogas era excelente, pero eso también es por las características propias que tenemos como país.

Otra cuestión es como hacer una prevención de calidad, en realidad lo sabemos perfectamente con los informes que existen. Todo esto lo sabemos muy bien y tenemos documentos técnicos, incluso nuestros, como por ejemplo COPOLAD, o los del Observatorio de Drogas que indican que esto sabemos hacerlo perfectamente.

¿Qué es lo que ve la sociedad sobre el tema de las drogas?

La sociedad no ve el problema de las drogas como lo vemos nosotros. Hace unos días que se han publicado los últimos informes y España como país, está en un consumo alto, mucho mayor que el que nos corresponde teniendo en cuenta la renta per cápita, el PIB, pero hay que entender que este alto consumo es debido en parte a la tolerancia social y a la entrada de drogas en España. La cocaína entra a casi toda Europa por España, al igual que el hachís, y esto indica una disponibilidad impresionante. El problema es que sí que estamos en algunos niveles altos, aunque se ha mejorado en estos años por distintos motivos. A pesar de ello, hay cosas muy buenas en todo esto. En el tema del tabaco, la situación va muy bien, según se refleja en los datos, del 55% del consumo en varones en el año 87 se pasó al 27% en 2014, la mitad. Esto se ha debido a las leyes y las normas, porque aunque sea duro decirlo, la mejor prevención es una ley y si la cumples es doble prevención. Sin embargo sacar una ley, lo sabe muy bien el Delegado del Gobierno, es una labor infinita, que lleva mucho tiempo, es muy difícil y además debe tener un consenso social enorme. Yo, que estuve desde los grupos sanitarios, presionando la primera ley del tabaco, estuvimos quince años presionando para que hubiera una ley mínima del tabaco y además fue insuficiente, y con respecto a la del alcohol vamos avanzando y esperamos verla.

En el tema del consumo de alcohol y las borracheras, por fin, empieza a haber un ligero descenso, por distintas medidas que se han ido tomando. Básicamente éstas han sido las de tráfico, que son muy importantes, pero también una mayor conciencia social y una mayor conciencia de los padres y también por cambios sociodemográficos que se están dando en la población. Si los padres también aumentan la conciencia y el riesgo, disminuye el hecho de que puedan salir los hijos, embriagarse más, etc.

También hay que tener claro que la prevención sólo es necesaria cuando hay un problema, si no existe el problema, sobra la prevención y cuando falla la educación es cuando hay que pasar a la prevención. De todos modos, tenemos para décadas de prevención en el tema de las drogas como el alcohol, el tabaco o el cannabis y el problema son, como se ha comentado, la aparición

CONFERENCIA INAUGURAL

de elementos nuevos como psicofármacos y nuevas drogas, lo cual es muy peligroso para una parte importante de las personas.

Estos años, con la crisis, también vemos que están descendiendo algunos consumos, lo cual viene bien, pero no hay que bajar la guardia porque puede reaparecer en los siguientes años.



Elisardo Becoña Iglesias

Otra cuestión más global es el tema de prevención y políticas de drogas. Sabemos exactamente lo que hay que hacer, es decir, nosotros hemos hablado de prevención pero si sólo hago prevención y una persona sale de aquí y se emborracha en el bar de al lado no me sirve de nada, entonces hay una cosa más global que es la política de drogas en prevención que hace referencia a que hay que enmarcar los programas preventivos en una política de drogas preventiva, donde tiene que haber control de la oferta, sanciones penales, control de drogas de prescripción, prevención y servicios sociales y de salud para los consumidores de drogas, lo que viene a ser una red de drogas. Sin embargo si no hay normas claras sobre esto no nos va a funcionar bien lo que hagamos, porque además hay una cuestión, que se ha ido poco a poco controlando, la contraprevención por parte de la industria del tabaco que era impresionante y la del alcohol lo sigue siendo y esto puede echar por tierra todo el trabajo que hagamos, porque nosotros funcionamos técnicamente para ayudar a los individuos pero para la industria es que los individuos puedan consumir más.

CONFERENCIA INAUGURAL

Retomando la cuestión de la sociedad poco preventiva, uno de los grandes problemas de nuestra sociedad, es que ésta cree que hay solución para todo. Esto es una creencia totalmente errónea, para la salud, el bienestar, el paro, la igualdad, la calidad de vida... esto no es cierto, a veces no hay solución. Tenemos una situación concreta y podemos ir avanzando en mejorarla pero no tenemos una varita mágica para solucionar todo, por lo que creer que todo lo podemos solucionar es un gran problema.

Otra creencia muy importante es que mucha gente piensa que los cambios se producen sin esfuerzo, sacando una ley y ya está, pero no, la clave de una ley, como vimos con el tema del tabaco, es sacar también un sistema sancionador para que se cumpla, porque si no, no se cumple la ley. Si se saca una ley de tráfico tienen que multarte, si no tampoco funciona.

El problema que tenemos que cambiar en los siguientes años, sino no aguantará nuestro sistema sanitario, es que muchos creen que hay invertir en algo inmediato, que es el tratamiento, y no prevenir lo que va a pasar en el futuro, pero es que la clave es esto, lo que va a pasar en el futuro, porque si ahora estamos en una situación buena o medias en el futuro puede empeorar y hay que tomar medidas ahora, sino van a ir empeorando. Hemos avanzado mucho en esta cuestión, pero nos queda por avanzar.

Hay que tener en cuenta que prevenir alcohol a nivel social y más amplio, no es solo prevenir las borracheras de los adolescente, es a lo mejor no poder beber en la calle, pero esto no solamente afecta a los adolescentes sino también a los adultos, los turistas, etc., esto lo digo para que se vea que queremos aplicar las cosas a unos pero que no se apliquen a nosotros, habría que ver dónde están los límites, lo que se puede o no beber. En este sentido, es básico para el futuro, mejorar la prevención y mejorar también otras conductas y estilos de vida para que nuestro sistema sanitario sea sostenible, porque un aspecto que es increíble es que no hay unos datos, que yo conozca, que sean fiables, sobre la cantidad específica de dinero que nos lleva esto.

Para ir finalizando, con respecto al futuro de la prevención, tenemos que aplicar el foco a drogas y otros temas de salud, hay que hacer una prevención basada en la evidencia, hay que conocer nuestro contexto, actuar directa e indirectamente sobre el consumo de drogas, conocer la diversidad cultural, evaluar los programas, hacer más visible socialmente la prevención, lo que es una obligación de los técnicos, potenciar la prevención ambiental, mejorar la formación profesional, clarificar el rol profesional, potenciar el asociacionismo, hacer ver a los responsables políticos y a toda la sociedad que la prevención es una ciencia como otras, mantener en la agenda política la relevancia de

CONFERENCIA INAUGURAL

este tema, no caer en la trampa de la normalización del consumo de drogas y no olvidarnos de nuestra prioridad que es la salud.

De modo optimista para acabar, decir que hemos hecho muchísimo en estas últimas décadas, ha ido todo en una línea correcta, pero tenemos que mejorar y nos tenemos que quedar con algunas cuestiones como el hecho de que se ha hecho muy buen trabajo a nivel político y social, por ejemplo con la ley del tabaco y probablemente con la ley del alcohol.

También hay que mantener tanto a nivel estatal como autonómico el interés por la prevención a pesar de los recortes, hay muy buenos profesionales trabajando en prevención, a nivel científico hay unos programas excelentes, de lo cual no hay ninguna duda, a nivel internacional España ocupa un lugar clave, no por el consumo, sino por los profesionales que trabajan en prevención y en tratamiento y hay que ver que es probable que podamos incrementar el interés social ante el tema de las drogas, sobre todo el del alcohol, por lo que hemos visto en noticias luctuosas hace no mucho.

Como conclusión final, la prevención funciona, es eficaz, ahorra dinero y salva vidas, pero hay que hacerla, por lo tanto, no dejemos para mañana lo que podemos hacer hoy.

MESA REDONDA I:

PRÁCTICAS PROFESIONALES EN LA PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES.

Modera:

Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral

Jefe de Servicio de Drogodependencias (PMDI/UPCCA-València)

Regidoria de Sanitat, Salut i Esports

Ajuntament de València

Buenos días de nuevo. Tras la extraordinaria exposición del Profesor Becoña, vamos a comenzar la Primera Mesa Redonda para la cual tenemos tres ponentes como consta en el programa de la Jornada.

El primer ponente es **D. Manuel Isorna Folgar**, Doctor en Psicología por la Universidad de Santiago de Compostela, Profesor Asociado de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Vigo, Técnico de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Catoira (Pontevedra), miembro del Departamento de Docencia e Investigación del Instituto Gallego de TDH y de Trastornos Asociados Ingada.

Su trabajo en el ámbito de la prevención ha sido reconocido por la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) en el año 2011, con el Premio de Buenas Prácticas de Drogodependencias y en el año 2012 recibió el Premio de la Fundación CREFAT en el ámbito educativo. Él nos va a hablar de la **“Eficacia de la prevención escolar en la adolescencia”**.

A continuación, y para hablarnos de **“Prevención y familia: educar al educador”**, tenemos a **D. Álvaro Olivar Arroyo** que es Diplomado en Educación Social por la Universidad Complutense de Madrid y Licenciado en Pedagogía por la UNED, con mucha experiencia laboral en adicciones, ha sido educador, coordinador de educadores y director de una comunidad terapéutica tanto en el año 1991 como en el año 2002.

Técnico de Prevención de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid del año 2004 al año 2006, formador de formadores y ponente en diferentes cursos, seminarios y jornadas, en el campo de las adicciones, la adolescencia y la educación.

MESA REDONDA I

Actualmente trabaja como Profesor Técnico de Servicios a la Comunidad en el Ámbito de la Educación Formal en la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid, dedicado al trabajo con menores en situación de riesgo social y orientación familiar, en diversos campos, entre ellos la discapacidad.

Por último, contaremos con **D. Rafael Arredondo Quijada**, que es Diplomado en Trabajo Social y Máster en Investigación e Intervención Social y Comunitaria por la Universidad de Málaga.

Fundó en 1992 junto a otros/as compañeros/as Diplomado en Trabajo Social, la Asociación Cívica para la Prevención (ACP), en la ciudad de Málaga, en la que sigue colaborando, a la vez que trabaja en la Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Málaga. Desde esa fecha la relación con las adicciones ha sido una de sus líneas de investigación.

También es fundador de la Federación Malagueña de Asociaciones de Drogodependencia de la que fue presidente, así como vicepresidente de la Federación Andaluza de Asociaciones de Drogodependencias y SIDA (ENLACE) y miembro del Consejo Asesor de Drogodependencia de la Junta de Andalucía.

Desde la Asociación Cívica para la Prevención (ACP) ha ejecutado y coordinado programas y proyectos dirigidos tanto a familias como jóvenes y adolescentes, siempre desde enfoques preventivos.

Ha publicado diferentes tipos de trabajos y el último hace referencia en el año 2016, al ocio nocturno en la ciudad de Málaga, con diferentes características estudiadas. Nos hablará de ¿Qué puede hacer la comunidad para prevenir?



Manuel Isorna Folgar

LA EFICACIA DE LA PREVENCIÓN ESCOLAR EN LA ADOLESCENCIA

Prof. D. Manuel Isorna Folgar

Profesor de la Universidad de Vigo

Técnico de Prevención de Adicciones en el Ayuntamiento de Catoira (Pontevedra)

Hablar solo de prevención escolar sería una equivocación, hay que trabajar distintos ámbitos, desde el comunitario, pasando por la sensibilización, la formación de los profesores, etc., pero hay una parte que es la prevención escolar que es en la que yo me voy a centrar.

Antes de entrar en el tema, me gustaría aclarar cuatro conceptos básicos que son fundamentales para entender qué es y hasta dónde puede llegar la escuela.

Hay tres factores de riesgo principales que, si no los controlamos, poco o nada puede hacer la escuela. El primero es el precio de la sustancia, sabemos que cuanto más barata es una sustancia, más población se pone en riesgo. Dicho precio o los impuestos que tienen una sustancia u otra, no dependen de la escuela, ni del profesorado, ni de los padres ni del alumnado. En segundo lugar está la accesibilidad, es decir ¿Cuánto accesible es llegar a compra una droga en un corto periodo de tiempo? Generalmente resulta muy fácil comprar drogas “legales” e “ilegales”. A veces es imposible acudir a una zona de ocio sin que te ofrezcan drogas al llegar y muchas veces en los propios centros educativos. Por lo tanto la accesibilidad también es una variable a controlar. ¿El profesorado puede hacer algo aquí? Suele resultar complicado, sobre todo para el equipo directivo, el controlar la accesibilidad. Donde sí podemos actuar y de hecho se actúa es en la percepción del riesgo. Pueden regalarte droga y tú no consumirla porque tienes una alta percepción del riesgo, es decir creo que los beneficios y los costes que me va a producir consumir esa droga no me compensan y por lo tanto no la voy a consumir. Algo que me resulta interesante es lo que se denomina percepción ambiental. Todos somos conscientes de la importancia de la actividad física, existen campañas específicas, pero no hay más que salir a la calle para comprobar este tipo de conductas, si se da a elegir entre subir una escalera a pie o por unas escaleras mecánicas la gran mayoría de gente se decantaría por la segunda

opción. En este sentido, ¿Qué sabemos de los y las adolescentes? no toman las mejores decisiones, porque la parte de su cerebro que se encarga de determinar nuestras funciones ejecutivas, la planificación, la toma de decisiones es la parte prefrontal, que curiosamente es la zona ontogenéticamente que más tarda en desarrollarse; por lo tanto, justo la zona que va a determinar que se tome o no la mejor conducta, se encuentra sin terminar de desarrollar completamente en la adolescencia. Por esa razón, nosotros, no podemos dejar en manos de los y las adolescentes, la decisión de qué es un consumo responsable. De hecho, se ve claramente y se ha reconocido, la aberración que supuso la creación de *botellódromos* para que nuestros adolescentes y jóvenes fueran allí a beber. Además por otra parte está el estilo de ocio que se patrocina y promociona en nuestro país, con dinero público en muchos casos ¿Cuál es la representación social que tienen nuestros jóvenes de lo que es divertirse? Un alto porcentaje lo tiene asociado al consumo de alcohol y esto se ve refrendado todos los días por las noticias en prensa y por las redes sociales. A la propia industria, le interesa lanzar este tipo de mensajes sobre disfrutar de un consumo responsable y un adolescente no puede tener consumo responsable, somos las personas adultas, la sociedad, la comunidad quienes debemos proteger a los adolescentes porque sabemos que no tienen la capacidad cognitiva para tomar las mejores decisiones, otra cosa, sería hablar de adultos.

En el momento en el que estamos, esto es un poco pendular, pasamos de crear botellódromos a prohibir el botellón.

¿Qué sucede y como mandamos los mensajes en prevención en muchas ocasiones?, por lo menos en los medios de comunicación. Yo siempre manifesté que el problema del botellón no era el ruido, los actos vandálicos. El problema del consumo de alcohol y otras drogas, no es un problema de ruido, es un problema de salud pública, de consumo de una sustancia tóxica que afecta al sistema nervioso de esas personas, y que en muchas ocasiones va dejar unas secuelas probablemente irreversibles. Y ahí la escuela poco o nada puede hacer. A veces se responsabiliza a la escuela de todo, tienen que encargarse de la educación sexual, de la educación vial... todo recae en la escuela, pero la escuela tiene veinte horas de docencia a la semana no tiene más y además con especialistas que como luego veremos, probablemente saben muy poco de drogas o casi nada.

Es importante no confundir una actividad con un programa, es decir, cuando se llega a hablar de que la prevención no funciona, evidentemente, si creemos que poner una película es prevención, o que venga una policía, guardia civil

o un profesional a dar una charla sobre el cannabis o sobre el consumo de drogas, eso que le denominan programa, evidentemente no va a funcionar. Por desgracia, muchos centros educativos, y más aún con la situación de crisis, contemplan que llamar a una ONG para que acudan a dar una charla o a hacer un taller de dos o tres horas ya es prevención, cuando en realidad no tiene nada que ver. Hay un plan, tiene que haber un programa, también tiene que haber un proyecto y luego están las actividades. Un programa sería el conjunto de proyectos coordinados entre sí que nos llevan a alcanzar unos objetivos planteados dentro de ese plan en un tiempo determinado y eso es lo que es realmente un programa de prevención, donde una parte de ello tiene que ser la parte escolar.

Sobre la efectividad de los programas de prevención de drogas no voy a decir nada, pero hay claros indicios y además con cuantificaciones económicas de que los programas preventivos son eficaces, y sobre todo lo son en lo que más les interesa a los políticos, que es en lo económico.

¿Por qué hay que hacer prevención en la escuela? Primero porque es, junto con la familia y el grupo de iguales, el principal agente de socialización. Justamente coincide en la fase del proceso de maduración, en la que la intervención del adulto tiene una gran incidencia. Tened en cuenta que nosotros tenemos a todos los niños desde los tres años hasta los dieciséis allí cautivos durante veinte horas a la semana, por lo tanto, se puede hacer mucho en la escuela. Además, es una etapa en la que están sometidos a cambios y procesos de crisis en la que se exponen a múltiples riesgos entre ellos al consumo de drogas, por consiguiente, sabemos todas las etapas por las que van a pasar hasta los dieciséis años como mínimo y en ocasiones hasta los dieciocho y es el periodo más importante para la formación de la personalidad, donde podemos detectar posibles factores de riesgo. Podemos detectar los consumos y de hecho se detectan claramente. Sabemos que en 2º o 3º de la ESO se encuentran las edades de inicio, incluso antes en ocasiones. Los profesores, así como otros componentes de la comunidad educativa pueden ser agentes preventivos y esto es lo que denominamos el currículum oculto. Cuando llegamos al centro y vemos que cualquier profesor está fumando fuera del recinto escolar en la hora del recreo ¿Qué hacemos? Pues esto es el currículum oculto, nos estamos encontrando con que el modelado que ejerce el profesorado puede ser positivo, pero en ocasiones también puede ser negativo.

Y por último, pero no por ello menos importante, es que a partir de la LOGSE, todas las leyes educativas, contemplan la educación orientativa,

la acción tutorial y ahí es donde encaja perfectamente la orientación de habilidades de vida y entraría la prevención del consumo de drogas y casi todas las prevenciones. Por tanto, vemos que la escuela es un agente muy importante en la prevención.

Lo que nosotros hicimos fue un meta-análisis, recogimos una serie de bases de datos bibliográficos, así como todos aquellos artículos que evaluaban programas de prevención escolar.

La primera cosa importante desde mi punto de vista, son los componentes de un programa de prevención, el programa habilidades de vida de Botvin, por ejemplo, y todos los programas preventivos que son eficaces, prácticamente contemplan todos estos componentes: el componente cognitivo; información de sustancias y romper las falsas creencias; el tema de la autoimagen y la autosuperación, trabajar el autoconcepto y que no se crean que por fumar van a ligar más o van a ser más importantes o populares, la toma de decisiones, que es fundamental, tenemos que enseñar a los jóvenes en ese momento de su edad como tienen que tomar decisiones ahora pero sobre todo cuando sean adultos; el control emocional, enseñarles técnicas de resolución de problemas, nadie nos enseña a resolver problemas y por eso tenemos tantos trastornos del estado de ánimo y sobre todo de ansiedad; el entrenamiento en habilidades sociales y sobre todo en asertividad, resistirse a la presión de grupo. Hay que aclarar que todo ello lleva su tiempo, por eso como comentaba antes, no es una cuestión de dar una charla de dos o tres horas y ya está. Otros componentes serían los criterios de ocio, el ocio vivido como aburrimiento es uno de los principales factores de riesgo para el consumo de drogas, no podemos permitir que nuestro jóvenes se pasen toda la tarde delante del teléfono móvil o de las redes sociales, tienen que hacer deporte, visitas culturales, relacionarse, no pueden vivir el tiempo de ocio como aburrimiento; la intervención familiar, por mucho que hagamos en la escuela, si no cambiamos las variables contextuales del ambiente, pero sobre todo de la familia poco podemos hacer, se consiguen cosas, pero evidentemente en mucha menor medida; ciertos valores, romper la asociación entre consumo y valores progres o entre el que consume triunfa más en la vida, es más divertido...

En cuanto a los tipos de programas, sobre si debe ser indicado o selectivo trabajar con poblaciones que ya consumen o bien trabajar con toda la población escolar, los datos realmente dicen que la prevención más eficiente es la prevención universal, la que llega a todos los jóvenes porque sabemos que aquellos jóvenes que perciben que el abuso de drogas es perjudicial, si conseguimos simplemente eso reducen el nivel de consumo, pero hay

muchos casos de adolescentes que ya están consumiendo, por ejemplo el índice de consumo es más alto en el alumnado de los PMAR (anteriormente conocidos como PCPIs, los antiguos programas de garantía social) por lo tanto la prevención indicada en esos casos la tenemos fácil, y también es verdad que en 3º o 4º de la ESO existen muchos casos de individuos que están consumiendo, por lo tanto la prevención debe ser universal y se debe trabajar con todos los alumnos, si bien es cierto que en determinadas ocasiones, cuando los tenemos localizados en la escuela, podemos realizar una intervención más indicada con ese tipo de alumnos.

Con respecto a la metodología, existen programas en los que el profesorado interactúa con el alumnado, pregunta, debate... y otros en los que la interacción es entre los alumnos. Claramente, la evidencia es que los programas que intentan que haya debate entre el alumnado, discusión, que trabajen a través del rol-playing son mucho más eficaces, concretamente casi el doble, por lo tanto la mayor parte de las actividades que realicemos deben tener un componente interactivo muy alto.

Según los contenidos a desarrollar, los programas que únicamente se dedican a transmitir información y conocimientos son los menos eficaces, por lo tanto, eso que llaman programa y consiste en que viene alguien a hablarles de lo que es el cannabis y de lo malo que es fumar, consumir alcohol pueden tener una eficacia instantánea pero a las 48 horas se les ha olvidado todo. Sin embargo los programas que trabajan habilidades de rechazo, la presión de grupo... son mucho más eficaces que simplemente la transmisión de conocimientos.

¿Hacia dónde debemos orientar las actividades? ¿Hacia los conocimientos o hacia el cambio de conducta? Lo que yo llamo a los futuribles, lo que hago sobre todo en 3º y 4º es someterlos a diversas situaciones que sé que van a pasar, por ejemplo se programa una excursión para 4º de la ESO, ¿qué va a pasar en esa excursión? Van a un sitio, llegan a la habitación, alguien se está liando un canuto ¿qué vas a hacer? Parece fácil decir que no ¿Cuántas formas tienes de decir que no? Excusas, disco rayado.... Hay que ver como se trabaja esto, porque cada persona, dependiendo de su personalidad y de sus capacidades podrá utilizar una técnica u otra, pero hay que conocerlas.

Otra situación que les planteo es la siguiente: Sales con tus colegas de fiesta, son las cinco de la mañana, estás a 50 km de tu casa, y el conductor que dijo que no iba a beber ha bebido ¿qué haces? Y realmente esta es la prevención que funciona, someter al individuo a situaciones que sabemos que les van a suceder y que ellos ya tienen anticipada una decisión que pueden tomar.

Dan Ariely, autor de “las trampas del deseo”, refiere que debemos enseñar a los jóvenes y a todo el mundo a que no conduzcan cuando sus emociones están en ebullición, no son solo la inexperiencia y las hormonas las que hacen que tantos y tantos jóvenes estrellen sus coches o los de sus padres, son también sus oídos llenos de las risas de los amigos con el reproductor del CD atronando el nivel de decibelios suficiente para disparar la adrenalina y la mano derecha del conductor buscando las patatas fritas o la rodilla de la novia o del novio ¿Quién piensa en el riesgo en esta situación? Probablemente nadie. Los adolescentes te agradecen mucho que les pongan en situación, porque ellos ya saben que esas situaciones realmente suceden.

En cuanto al momento ideal de las intervenciones ¿Cuándo debemos implementar los programas? Lo que dicen los estudios es que cuanto antes mejor. Si podemos empezar con temas de educación para la salud con cinco o seis años, no hay que esperar a los ocho. Ahora bien, hay una etapa que es clave, de los once a los catorce, ahí todos los adolescentes tienen que empezar a trabajar lo que es la prevención de las drogodependencias. Y hay una etapa que es fundamental que es el cambio de primaria a secundaria. Si hay algún momento en el que realmente es eficaz realizar intervenciones es ahí, cuando de pasar a ser los mayores del colegio pasan a ser los pequeños del instituto, se producen muchos cambios y por lo tanto es una etapa en la que tenemos que dotar al alumnado de habilidades.

Además es muy importante la evaluación de los programas que siempre se han de basar en los índices de prevalencia e incidencia del consumo de cada zona, por lo tanto igual no tenemos que esperar a 6º y tendremos que hacer más intervención en 5º de primaria. Los índices de prevalencia tienen que ser locales.

¿Quién tiene que aplicar los programas? ¿El profesorado, el tutor o tutora o un especialista técnico que viene de fuera? Aquí los datos son bastante contradictorios. Nosotros hicimos un estudio al respecto y lo tenemos muy claro, porque depende de la formación del profesorado que aplica. Si el profesorado está formado en drogodependencias la efectividad es mayor, pero la mayor parte del profesorado tienen las horas de tutoría que tienen, tienen que dedicarle temas de la propia dinámica de clase y no tiene tiempo material para implementar un programa de diez u ocho sesiones a lo largo del curso. La mayor parte del profesorado tampoco realiza cursos de formación. Sería importante crear muchos cursos de formación para el profesorado, dotarlos de conocimientos, habilidades y recursos para que luego lo pongan

MESA REDONDA I

en práctica en el aula y conseguir que lo hagan por convicción y no por conseguir puntos o por una cuestión personal.

Si no funciona el profesorado lo deberán realizar los técnicos de prevención. En nuestro estudio se llegó a la conclusión de que los técnicos son tan eficaces como el profesorado, cuando están formados.

También es muy importante, como es la persona que transmite el mensaje y aplica el programa, sabemos que no todo el mundo sirve para la docencia y hay que tener una serie de cualidades, desde la postura, la dicción, que las actividades no se centren en poner películas permanentemente.

La prevención ¿Se debe centrar en una o varias sustancias? En este aspecto los datos son bastante claros, es mejor hablar de una sola sustancia. Cuando se habla del tabaco, los programas son hasta tres veces más eficaces que cuando trabajas el tabaco y otras drogas. En 1º de la ESO trabajamos el tabaco y el cannabis pero cuando hablamos del tabaco sólo nos centramos en esta sustancia y no ponemos ejemplos de otras. En 3º de la ESO ya empezamos con el alcohol porque empiezan a salir y en 4º hacemos un repaso de todo, anticipando situaciones sobre lo que va a pasar en el botellón, etcétera... Es preferible ir de sustancia en sustancia que hablar de las drogas en general porque eso confunde bastante.

En cuanto a la interacción con los iguales, todos aquellos programas interactivos donde trabajas grupos de discusión, debates entre ellos son mucho más eficaces.

Los programas tipo KIVA tratan de formar a dos o tres líderes por aula para que luego sean ellos quienes apliquen el programa al resto de los compañeros/as. Con respecto a esto los datos son bastante contradictorios, aunque esto dependerá de, la formación de los alumnos, quien impartió dicha formación, las horas de intervención... Existe alguna experiencia de este tipo pero no queda claro que sean realmente eficaces o por lo menos que tengan mejores efectos que cuando interviene el especialista o el propio profesorado.

Por otra parte es muy importante que la implementación sea fiel a los componentes del programa. Muchas veces nos encontramos que por falta de tiempo, sacamos un componente del programa y aplicamos únicamente éste. Es fundamental ser fiel a los componentes, es decir, si “habilidades de vida” se compone de 10 unidades, hay que trabajarlas todas.

MESA REDONDA I

Y algo elemental, a lo que la mayor parte del profesorado y técnicos tenemos miedo, es la evaluación de resultados por parte de personal externo al programa. La evaluación es clave, por mucho que trabajemos si estamos siempre equivocándonos en lo que hacemos no vamos a mejorar.

En cuanto a la participación de los padres, no hay duda, cuando se aplica un programa a nivel escolar, paralelamente hay que trabajar con los padres. En nuestra evaluación se establece que lo hacemos muy bien con el alumnado, tenemos un programa de 10 horas semanales desde 5º de primaria, pero resulta que cuando vamos a explicar si en 4º de la ESO consumen o no, el hecho de que tengan mayor o menor autoestima, asertividad, conocimientos... explica muchísimo menos de la varianza que la hora de llegada a casa, el dinero disponible y si los padres controlan con quien van.

Con respecto a la hora de llegada a casa, a partir de las dos de la mañana, se empieza a disparar de manera exponencial, a partir de las seis mejor no mirar.

En cuando al dinero, a partir de los 20 euros y por encima de los 40 mejor tampoco mirar.

Y por último si los padres controlan y saben con quién se mueven sus hijos, conocen a sus mejores amigos, etc.

Esas tres variables explican más que todo mi trabajo durante cinco o seis años, por eso tiene mucha importancia la prevención familiar.

En cuanto a número de sesiones, está bastante claro, lo ideal es que más allá de diez sesiones por curso no se debe ir, y tampoco se debe bajar de cinco. Es cierto que normalmente lo que se hace es, por ejemplo, hacer más intervención en 6º, 1º, 2º y luego se pueden bajar a cinco en, 3º, 4º, bachillerato o FP, pero más o menos debemos movernos entre las diez sesiones de máximo y las cinco de mínimo por año.

Cuando analizamos, dos años después de acabar los programas preventivos, aquellos que han tenido sesiones de refuerzo en bachillerato o FP, curiosamente a los 18 años siguen consumiendo menos que aquellos que no las han tenido, por lo tanto, es importante y necesario invertir dinero en campañas publicitarias donde se refuerce justamente a las personas que no consumen. No se trata tanto de ir a los que consumen, sino de reforzar a aquellos que no consumen.

MESA REDONDA I

En cuanto a otras variables que influyen, encontramos la percepción normativa, es decir, reestructurar partiendo de lo que hay en clase, y lo que yo hago con el alumnado es lo siguiente: pongo un número en la pizarra, por ejemplo el 6 y les pregunto cuántos son en clase, veinte, por ejemplo. Seis es menos de la mitad de los que son y les pregunto cuántos fuman y suelen levantar la mano, tres, dos, depende, a veces incluso ninguno y no se lo creen. La percepción normativa que tienen es que realmente creen que consumen mucho más de lo que realmente se consume. Esto es algo que debemos romper y por eso creo que las campañas publicitarias son muy importantes.

No se puede ni se debe atemorizar al alumnado sobre el consumo de drogas. Debemos explicar los peligros. El miedo es muy eficaz al momento, salen del aula muy asustados, pero pasan 24 horas y el miedo se va, por lo tanto, lo que tenemos que hacer es ir pasándoles información a lo largo del tiempo, a nivel cognitivo y que ellos y ellas mismas vayan valorando y observando lo que les decimos en el día a día.

También es importante sacarles un compromiso o intención de no consumir y por otra parte el incremento de la comunicación con los padres. Es primordial que se hable de estos temas sin esperar al sábado, justo antes de salir, buscando el momento adecuado.

Y también es muy importante la perspectiva de género. No fuman por los mismos motivos los chicos que las chicas, no dejan de fumar por los mismos motivos los hombres que las mujeres, por lo tanto, es básico incluir la perspectiva de género.

Para finalizar, es muy importante y los datos así lo demuestran, que siempre haya un encargado, coordinador o líder que coordine todas las actividades, incluso dentro del propio centro educativo, si hay varios tutores que trabajan el tema debe haber un/a responsable que se encargue de coordinar.

Por otra parte, es fundamental la prevención comunitaria, hay que involucrar a la comunidad, cuantos más agentes socializadores participen en los programas mejor resultados se obtienen. La prevención escolar por sí sola sólo tiene capacidad para hacer muy pocas cosas, pero si conseguimos que la escuela sea dinamizadora de otros agentes, vamos a conseguir más.

A los jóvenes todo lo relacionado con el consumo de drogas, les importa mucho y yo creo que podemos y debemos hacer grandes cosas.



Álvaro Olivar Arroyo

PREVENCIÓN Y FAMILIA: EDUCAR AL EDUCADOR

D. Álvaro Olivar Arroyo

Educador Social y Pedagogo

*Profesor Técnico de Servicios a la Comunidad en el Ámbito de la Educación Formal
Consejería de Educación. Comunidad de Madrid*

Antes de comenzar me gustaría hacer una pequeña reflexión: comencé mi trayectoria laboral siendo muy joven y trabajando con gente muy mayor y ahora estoy trabajando con población cada vez más joven y esto me ha dado una perspectiva que me puede ayudar a que ciertos problemas que queremos prevenir se puedan anticipar un poco.

La prevención familiar es, junto con algunos modelos de prevención escolar, un modelo de teleprevención. En lugar de actuar como agente sobre el sujeto que requiere de la intervención, trabajamos con un sujeto que después va a intervenir preventivamente con él y eso hace que en función de los mensajes que nosotros lancemos con ese agente intermedio, funcione mejor o peor y eso tenemos que tenerlo claro. A veces existen modelos en los que lo que hacemos es echar la “bronca” a la familia porque no hace lo que tiene que hacer con el niño y eso acaba resultando mucho más contraproducente porque se cierran a ese tipo de mensajes cuando realmente la familia lo que necesita es que nos pongamos a su lado para ayudarla a manejar eso de la mejor manera posible. La tentación de echar la “bronca” porque no hace lo que tiene que hacer es algo muy común entre los profesionales y yo creo que tenemos que empezar a ser conscientes de que nosotros tenemos mucho más margen y mucha más flexibilidad como para poder ubicarlos donde queremos mientras que la familia está donde está y tiene a su cargo a una personita que puede desarrollar más o menos problemas en función de lo que hagamos.

El marco de actuación, evidentemente, tienen que ser los niveles de prevención que plantaba Gordon y yo me voy a centrar más en la prevención selectiva e indicada porque en términos generales, y esto ya sé que es atrevido decirlo, la prevención universal funciona, yo creo que no funciona por los cauces oficiales, es decir, muchas veces el funcionamiento de las redes informales es mucho más potente que cualquier campaña de publicidad y las familias ponen límites a los hijos con respecto a las drogas en función de lo que ellos

han recibido y esto es lo que van a transmitir. Luego podemos utilizar una campaña que meta mucho miedo, pero yo creo que eso tiene mucha menos efectividad que toda una parte de costumbres, hábitos o creencias que se han ido transmitiendo de generación en generación. Esta es mi percepción en base a mi experiencia.

Una de las cuestiones que implica el hecho de que haya niveles de prevención, es que tenemos que adaptarla en cuanto a contenidos, objetivos y metodología a la población con la que trabajamos, en este caso tenemos que tener muy claro sobre todo los objetivos, porque no es lo mismo plantearse como objetivo la abstinencia, que plantearse que el consumo se produzca lo más tarde posible, porque sabemos que se va a producir en algunos casos. Digo esto porque si las estadísticas nos dicen que el 80 % de los chavales de dieciséis años han probado el alcohol, podemos empeñarnos en buscar la abstinencia como objetivo per vamos frustrarnos mucho, entonces vamos a intentar, si es posible, reducir ese porcentaje y que se vaya retrasando el inicio del consumo.

Y luego una tercera cuestión que también genera ampollas es el tema de la gestión de riesgos y el tema del consumo responsable. Veremos como la cuestión del consumo responsable en el ámbito familiar es importante precisamente por el modelado. Un modelo de consumo responsable en casa a veces es mucho más efectivo preventivamente que uno que sea absolutamente coartante del consumo u otro que lo que haga sea abusar del consumo en casa. En consecuencia, el consumo responsable es un modelo que ayuda dentro de la familia a que el chaval o la chavala tengan una referencia de que no tiene por qué hacerse un consumo “destrutivo” para poder estar con los amigos, por ejemplo.

Y luego el tema de prevención de adicciones en base a la alarma social, yo creo que todos estamos muy de acuerdo, en que no ayuda prácticamente nada. Tiene efectos muy cortos y además, en el caso de los chavales y chavalas cuando están en la época adolescente se desmonta con mucha facilidad porque piensan que a quien le pasa es “tonto” y a ellos/as no les va a pasar y ese tipo de discursos se maneja muy habitualmente entre ellos.

Yo voy a ir a la base del asunto. En prevención la educación tiene un peso muy importante, sobre todo lo que es la educación familiar. Cuando nos encontramos con un chaval de quince años que está empezando a tener problemas con las sustancias, ¿alguna vez habéis pensado que, teniendo en cuenta cómo funciona la familia, teníais que haber empezado hace diez años

MESA REDONDA I

a intervenir? A veces es un poco tarde para poder entrar a trabajar sobre los problemas porque nos damos cuenta de que hay toda una historia previa en la que ya se han afianzado toda clase de hábitos perversos, incluso a veces dentro de las familias, disfunciones, que, si no se han trabajado antes, en ese momento ya es muy complicado porque además es un momento de crisis no solo familiar sino también personal.

Existen tres cuestiones o pilares en el ámbito de la educación familiar en las que más menos todo el mundo está de acuerdo.

Por un lado, está lo que tiene que ver con el apoyo, que tiene relación con lo que los adultos obligamos a hacer a los chavales, todo lo que tiene que ver con el afecto, con el animar a hacer cosas, todo lo positivo vinculado a la interacción.

Luego está la parte del control que tiene que ver con lo que los adultos no queremos que hagan los chavales, que lo establecemos a base de límites, castigos, etc.

Estos dos procesos son, en general, conscientes y dirigidos, pero cuando ya están muy establecidos, salen casi automáticamente, sin embargo, son procesos que, en principio, deberían pensarse antes de hacer.

Un tercer proceso es el modelado, que es espontáneo, es decir, los padres y las madres, muchas veces, no controlan el hecho de que son un modelo para sus hijos. Hay una frase que es muy común “haz lo que yo diga, pero no lo que yo haga”, ante la cual los chavales van a hacer lo que hacemos, lo que nos ven hacer, más que lo que les podamos decir. Al ser un proceso espontáneo, los padres a veces no son conscientes de eso y nuestra función es ayudarles a serlo.

Todo esto tiene que ver con el afecto. A veces es muy difícil que los niños tengan la capacidad para empatizar con los adultos, pero tenemos que conseguir que los adultos que están con niños tengan la empatía suficiente como para pedirles lo que pueden dar, darles lo que necesitan y ser un ejemplo para ellos.

Cuando hablamos de educación familiar sobre drogas cambian un poco las cosas. El tipo de apoyo que pueda dar la familia, tiene que ver con el refuerzo de prácticas alternativas al consumo y el potenciar el desarrollo de la toma de decisiones. El proceso de toma de decisiones se configura desde la corteza

prefrontal que es una zona que se desarrolla más o menos en la segunda década de la vida, pero hay toda una serie de previos que ayudan a que ese proceso se desarrolle de una manera o de otra, en función del modelo familiar de educación.

El control, tiene que ver con los mensajes contrarios al consumo problemático y los límites ante comportamientos favorables al consumo. El modelado que tiene que ver con dos cuestiones, una es como hablan los adultos de drogas cuando están con otros adultos y los niños lo oyen y evidentemente el tipo de consumo o de drogas en la familia, no es lo mismo que el padre se tome un vaso de vino en todas las comidas y una cerveza por la tarde con los amigos que no tome ningún tipo de alcohol durante la semana y el sábado se tome diecisiete whiskis con el niño al lado. Esos dos comportamientos son modelos para el niño y evidentemente el niño en el futuro tendrá mayor tendencia a poner en marcha uno u otro en función de esto.

Luego existe otro problema y es que los padres y las madres en general, tienen mucho cuidado a la hora de hablar de drogas con los hijos, tienen mucho miedo a hablar de ello. Por un lado, piensan que abren puertas que no se van a poder cerrar, por otro tienen inseguridades, porque ellos no se sienten expertos en esto; tampoco creo que la función de los padres como tal sea informar, tiene que ver más con preparar al niño o niña para hacer frente a lo que le espera, pero en principio los padres suelen tener muchas dificultades con esto.

Hay una serie de estudios que además nos dan idea de cómo los años tempranos influyen muchísimo en lo que pasa después. Por ejemplo, en un estudio que hicimos, todo lo que tenía que ver con cambios a nivel cerebral neuroendocrino, con síntomas agresivos, depresivos, obsesivo-compulsivos, etc.... todo el circuito de regulación del estrés y de la dopamina en los consumidores estaba alterado y en muchos de ellos aparecían historias de negligencia parental, percepción de bajos cuidados, etc.... Yo he tenido la experiencia de trabajar en comunidad terapéutica con algunas personas que me han dicho, “ojalá mis padres me hubieran castigado más de pequeño”, lo que piden muchas veces es supervisión, y justamente muchas familias lo que hacen es desentenderse porque no saben muy bien si pueden meterse ahí o no.

Otro estudio, refiere que, en el contexto familiar de los adolescentes consumidores de sustancias, aparecen trastornos de personalidad, temperamentos bastante dificultosos, trastornos del estado de ánimo, tanto en los padres como en las madres, esto habrá quien diga, que genéticamente

están predispuestos para tener algún trastorno en el futuro y que puede entrar dentro de esto el uso de sustancias. No sé si han pensado alguna vez qué supone convivir doce años seguidos de tu vida con una persona con un trastorno límite de la personalidad, por ejemplo y además tener la responsabilidad de educarle, cubrir sus necesidades... Esto lo digo porque tenemos que tener un poco de cuidado con el tema de la genética, porque la convivencia diaria, continuada, la creación de hábitos, la interacción continua con alguien que tiene un trastorno de la personalidad, o un trastorno mental genera ciertas dificultades para que uno pueda tener un desarrollo normalizado.

Por ubicar cosas con respecto al tema de la familia como agente preventivo, hace unos años estuvimos haciendo un estudio en un instituto de Madrid que tenía bastante población en educación secundaria y elaboramos un cuestionario de acuerdo con la teoría de la conducta planificada, donde una de los elementos de influencia tiene que ver con la percepción del entorno y la voluntad que uno tiene de hacer caso de lo que hay alrededor o no. Nos encontramos, a la hora de elaborar el cuestionario, con que uno de los ítems que más diferencias marcaba era el de “suelo hace caso a lo que mis padres me dicen con respecto a los porros” o lo que es lo mismo, lo importante a la hora de que alguien decida o no consumir porros en esta población, no era tanto lo que le dijeran sus padres sino el caso que estaba dispuesto a hacerles, porque eso cambia completamente las cosas, quiero decir, no es lo mismo que los padres estén bien informados y den información estupenda, porque el problema estaba en la confianza que los hijos tenían en la información que les daban los padres.

Dividimos a la muestra que estudiamos en tres submuestras en función de dos variables, una era si habían tenido experiencia de consumo y la otra la intención que tenían de consumir en el futuro.

Nos salieron tres grupos, un grupo que no había consumido ni tenía intención de hacerlo, otro que había consumido pero no tenía intención de hacerlo y un último grupo que había consumido y que tenía intención de seguir haciéndolo

Fuimos muy estrictos con respecto a esto, evaluábamos la intención conductual de consumir cannabis de 1 a 7, todo lo que no fuera 1 que era “ninguna intención de consumir”, entraba dentro del grupo C; por lo tanto, había gente dentro de ese grupo que tenía una intención de consumir cannabis muy baja y aun así estaba ahí.

MESA REDONDA I

Los resultados mostraron que los ítems que reflejaban la información que recibían de los padres, por ejemplo “mis padres creen que fumar cannabis es muy peligroso para la salud”, había diferencias significativas entre el último grupo y los otros dos, quiero decir, había gente que había tenido contacto con el cannabis pero no tenían intención de consumir, cuya respuesta era muy semejante a la de quienes no tenían ninguna intención de consumir ni lo habían probado.

Con respecto a la peligrosidad del cannabis, los del último grupo, otra vez tenían diferencias significativas con respecto a los dos primeros, es decir, los padres de los dos grupos lanzaban mensajes más fuertes en contra del consumo por parte de los que no tenían intención de consumir y más débiles por parte de los que tenían intención de hacerlo, pero donde estaba la diferencia clave era en el tener en cuenta lo que decían los padres, una vez más.

Realmente luego además los resultados se multiplican, con lo cual el efecto se multiplica también. Entonces lo que tenemos que conseguir es que los chavales generen con sus padres la suficiente confianza como para creer la información que les dan, porque ya os digo que la información por los canales informales acaba llegando y los mensajes sobre la peligrosidad de cannabis en general vienen de ahí, de la familia extensa, etc....

Las conclusiones que podemos sacar de estos datos son que los mensajes que se lanzan en prevención universal pero no son suficientes, porque sirven para la parte de la población que menos lo necesitan, un ejemplo de ello son las escuelas de padres, que sirven para que quienes ya sabían que no querían que su hijo consumiera estén más seguros, pero no conseguimos que lleguen quienes tienen dudas, los que no saben hacerlo, o quienes tiene problemas. Uno de los problemas que tenemos con esto tiene que ver con que tenemos que ir nosotros a donde están los problemas en lugar de pensar que los problemas van a venir a nosotros.

La cuestión es que la familia de esos potenciales consumidores problemáticos, no recibían, ni valoraban, ni transmitían los mensajes relacionados con algo contrario al consumo, además esos potenciales consumidores problemáticos, no daban valor a esos mejores y un poco lo que comentaba al principio, al final la conclusión que uno ve es que esa relación de confianza se tiene que trabajar desde antes. No podemos ponernos a los catorce años a trabajar con alguien la confianza con sus padres, esto tiene que venir de atrás. Esto es una cuestión que pasa muy a menudo, a veces los chavales tienen dudas, pero

MESA REDONDA I

antes que preguntar a los padres, prefieren preguntar en el colegio, porque hay un momento ya en la vida en que sus referentes dejan de ser los padres y pasan a ser los compañeros.

El triángulo del principio, del control y del apoyo, se acaba transformando en la adolescencia, en otro triángulo que tiene que ver con apoyo que se ha recibido durante años, al final está relacionado con lo que uno se valora, todas las cosas buenas que me han dicho son las que conforman lo que me gusta a mí mismo, por así decirlo, pero también todas las “broncas” que me he llevado, y todos los castigos que he recibido están vinculados con mi capacidad para regularme. El tercer vértice, que era el modelado, está vinculado al cambio que supone el proceso de individuación. El modelado está relacionado con a quien me quiero parecer o a quien tengo que parecerme, que son el padre la madre, o el referente que se tenga. Cuando llega la adolescencia, empiezo a generar mi propio referente, en el proceso de individuación se supone que ya empiezo a hablar de mí mismo como un ser de futuro ¿qué quiero ser? ¿Qué voy a ser? ¿Quién soy?, este ¿quién soy? se compone de lo que me dicen que soy, lo que me dicen que debería ser, lo que quiero ser y toda esa mezcla es lo que acaba generando un concepto de mí mismo. En función de todo el trabajo que se haya hecho previamente, será uno u otro.

Hay un trabajo que hace relativamente poco tiempo, que plantea un modelo teórico sobre la explicación de que es lo que pasa en la adolescencia, con el cerebro de los adolescentes y está relacionado en esto, tiene mucho que ver con el que hay tres sistemas que se desarrollan, se supone, que de una forma paralela, aunque el de la modulación, el que hace la corteza prefrontal, tarda más que los otros, y están asociados a diferentes zonas del cerebro que tienen funciones más o menos definidas. El localizacionismo, hablando del cerebro, es un error importante, al final cada proceso supone que muchas partes del cerebro se ponen a funcionar de manera conjunta, pero sí que es verdad que sabemos que hay ciertas zonas que están mucho más vinculadas a ciertos procesos.

El estriado estaría relacionado con las conductas de aproximación, con el explorar, buscar, lanzarse, correr riesgos.

La amígdala estaría más asociada a la evitación, a la gente que es más retraída, que tiene ciertos miedos, fobias etc.

Y la corteza prefrontal es la que tiene que encontrar el equilibrio para que ninguna de las dos de abajo se haga con el poder y acaben determinando el comportamiento.

Esos tres sistemas están asociados a rasgos de personalidad que están estudiados por diferentes autores, a una cierta influencia genética mayor o menor, y a una influencia ambiental. La influencia genética, como veis en el caso de la aproximación y la evitación es alta, quiero decir que los hijos de gente impulsiva, tienden a ser más impulsivos, los hijos de gente retraída, tienden a ser más retraídos, pero hay un proceso de aprendizaje intermedio que puede modificar eso, estamos hablando de tendencias, que tiene que ver con la regulación de la corteza prefrontal y todo lo que está relacionado con cierto tipo de referentes. Los referentes impulsivos, evidentemente generan tendencia a una conducta impulsiva, el que no haya control ayuda a que los impulsivos sean más impulsivos cada vez y el que el apego sea inestable deteriora mucho eso. Las relaciones de apego se desarrollan entre el primer y segundo año de vida y esto está muy asociado con contacto físico y una serie de cosas, luego eso se va alimentando o deteriorando con el paso del tiempo, pero desde ese momento ya se están empezando a plantar las semillas de lo que va a pasar a los catorce años, entonces hay ciertas cosas que hay que empezar a supervisar desde antes.

La regulación esencialmente se basa en referentes reflexivos y proactivos, es decir, gente que piensa lo que quiere hacer y que además pone en marcha la iniciativa para hacerlo. No es ni gente que se queda parada, pasiva, ni es gente que planifica tanto que no llega a hacer algo, sino que hablamos de gente que es activa, pero además planificando.

El modelo educativo, tiene que ver con un control autoritativo, con formas adecuadas que es saber lo que está haciendo mi hijo a cada momento, más o menos y ser razonable en términos de darle un margen de libertad adecuado a la situación y un apego seguro. El apego seguro, sobre todo lo que genera es que mi hijo cuando tenga dudas va a venir a buscarme para preguntarme, que es justo lo que no hacían, en nuestro estudio, los que tenían intención de consumir cannabis, preguntarían a cualquiera menos a su padre o a su madre.

Básicamente el desajuste en el cruce de estas dos variables, es lo que creo que está generando muchos problemas a nivel de educación y de prevención, en momento actual. Hay un desajuste, a veces entre la libertad que se les da a los chavales o chavalas desde casa y la responsabilidad que se les pide. La primera tendencia que a uno le sale siempre es la de lanzarse un poco a poner más límites, tener mucho más control, y esto no siempre es así. El desajuste en cualquiera de esas dos variables y el momento en el que se aplica es tan importante para un lado como para el otro, el que haya mucha libertad y poca responsabilidad implica negligencia, “mi hijo hace lo

que quiere, pero yo no tengo ni idea de lo que hace”. El segundo tendría que ver con la sobreprotección “mi hijo no hace nada porque me da miedo que le pase algo”, este tipo de modelos son los que luego a los 17 -18 años, cuando tienen libertad, van quemando la ciudad. Lo mismo le pasa a los del hipercontrol, son gente que no les deja hacer nada y encima les vigilan, y se trata de personas que entran en comportamientos adictivos tardíos, pero mucho más intensos que los que han empezado pronto, pero se ha podido canalizar. Y evidentemente el dar un grado adecuado o máximo de libertad y de responsabilidad lo que implica es un proceso de madurez, la gente cuando toma decisiones de manera libre y responsable es cuando más madura es.

Si transformamos esas dos variables en algo numérico que tenga que ver con años, si le damos a alguien la libertad de los dieciséis años, con la responsabilidad de los cuatro, ¿qué es lo que pasa? en algunas situaciones lo que nos encontramos es un problema importante y si le damos a alguien la libertad de cuatro años y la responsabilidad de dieciséis y le ponemos a cuidar de sus hermanos, a que no pueda salir con los amigos o a cosas por el estilo, vamos a generar lo mismo, entonces la idea sobre todo es que esto es un proceso en el que hay que intentar que haya un equilibrio y para eso, las claves de lo que hay que hacer en cada momento nos las da el entorno. El entorno no tiene que ver con que, si los amigos de mis amigos hacen esto o lo otro, si mi hijo me dice que sus amigos hacen esto, tengo la obligación de hablar, conocer a los amigos de mi hijo, conocer a la familia de los amigos de mi hijo y ponerme de acuerdo con ellos y establecer juntos que límites ponemos y que libertad damos. Esto es todo un trabajo, pero hacerlo bien es lo que necesitamos.

Para finalizar os transmito algunas ideas para reflexionar:

Está claro que la prevención universal en principio parece que va cumpliendo con sus objetivos, sobre todo porque afianza a los que no pensaban consumir en esa posición y eso es positivo. Lo que pasa es que la prevención familiar a nivel indicado y selectivo yo creo que requiere de un inicio más temprano, quiero decir, que cuando entramos a los catorce años con la gente de riesgo, el riesgo es ya bastante más potente que si hubiéramos entrado cuatro años antes.

Luego tenemos una cuestión a la que a veces no damos valor, y es que la detección precoz de todas esas disfunciones que nos encontramos es posible. En los colegios y esto ya lo digo desde la perspectiva de quien trabaja en la educación formal, hay chavales con cinco, seis, siete años, que ya se ve que tiene una proyección bastante cercana a problemas serios, de conducta,

MESA REDONDA I

de riesgo, etc. Y probablemente a esa familia se le puede reorientar si se le “engancha” en ese momento. La otra opción es medicar a los niños, que es la opción fácil y además muy repartida en muchos sitios o realizarle un diagnóstico psiquiátrico y dejarle ya con esa etiqueta, pero yo creo que muchas veces todo este trabajo si se modificara el entorno y se trabajara bien con ese entorno para reducir el estrés, para generar comportamientos saludables, para ayudar a regular el comportamiento, etc., no sería necesario en muchos de ellos.

Es cierto que una intervención demasiado precoz, se puede interpretar como prevención inespecífica, porque si trabajas a los diez años, ¿cómo sabes que iba a consumir drogas en el futuro? Yo creo que merece la pena correr el riesgo, lo que pasa que luego cada uno, o las políticas son las que tienen que determinar si se hace así o no, pero desde luego, trabajar en prevención indicada o selectiva a los quince años, es mucho más complicado que si se han hecho cosas a los diez que han ayudado a reducir los problemas.

Y por último es muy importante e imprescindible un abordaje interdisciplinar, intersectorial, tienen que estar conectados, sanidad, educación, los centros específicos de sustancias, los técnicos de prevención y toda esa gente tiene que hacer un trabajo conjunto, buscando cual puede ser la mejor solución posible.

Para terminar, hay teorías que dicen que tenemos que enseñar a los adolescentes a decir que no, yo creo que saben decir que no, la cuestión es enseñarles a quien decírselo.



Álvaro Olivar Arroyo

MESA REDONDA I



Rafael Arredondo Quijada

¿ QUÉ PUEDE HACER LA COMUNIDAD PARA PREVENIR?

D. Rafael Arredondo Quijada

Trabajador Social

Asociación Cívica para la Prevención (ACP). Málaga

Profesor de la Universidad de Málaga

Desde que en el año 1992, un grupo de compañeros y compañeras nos planteamos organizar la ACP, obviamente somos una asociación pequeña de barrio que llevamos 25 años en esta trayectoria y no podemos otra cosa que dar las gracias a la SET por haberse fijado en nosotros, un grupo de gente “loca” que lleva veinticinco años haciendo cosas de prevención como otros muchos, pero posiblemente hace veinticinco años cuando decidimos que había que hacer cosas en prevención y no en tratamiento que era la necesidad de ese momento se vio un poco raro.

Además no entendemos la prevención de estancos, prevención familiar, prevención escolar, ya que la prevención es algo conjunto y es algo que tiene que ser continuado en el tiempo.

Esto es una historia de veinticinco años en la que no somos capaces, por lo que he podido comprobar en mi experiencia en el día a día, y hace una semana volvíamos a discutir estos temas en la Comisión de Prevención del Ayuntamiento de Málaga, en todos estos años no hemos sido capaces de que haya un programa, un proyecto, una actividad constante, continuada, con presupuesto, durante los doce meses del año. ¿Qué vamos a conseguir? Nada, es una guerra perdida.



MESA REDONDA I

Anuncio «Walk in fridge» (2008) de Heineken

Ante este tipo de anuncios que se exponen en televisión en horas de máxima audiencia ¿qué vamos a conseguir con cuatro charlas en un instituto? Poco o nada. Tristemente falleció hace unos meses en Madrid una chica y todo el mundo puso el grito en el cielo reclamando una ley, correcto, pero ¿de qué manera y cómo?; este es un tema muy serio, pero cuando eso lo vemos y luego vemos este tipo de publicidad, observamos una contradicción.

Otro ejemplo es la publicidad de bebidas alcohólicas en el deporte.

¿Qué es lo que mueve España? El fútbol.

¿Y quiénes me están diciendo que beber cerveza es guay? Mis ídolos y además la Selección Española de Fútbol. Es decir, con dinero público.



Anuncio Cruzcampo (2012)

Patrocinador de la Selección Española de Fútbol

Quiero recordar que el año pasado no hubo subvenciones para las Administraciones Locales, por los recortes, esta es la realidad. Nosotros somos una asociación pequeña de barrio que colabora institucionalmente con el Área Social del Ayuntamiento y este año no sabremos si podremos hacer algunos proyectos de prevención por esa realidad.

He puesto estos ejemplos publicitarios, porque como decía, nosotros, desde hace 25 años, entendemos el concepto de la prevención intentando abordar todas las facetas, y en estos años hemos tenido premios de Cruz Roja, premios por proyectos de prevención de la Federación de Municipios y seguimos trabajando con todo el mundo que quiera entender que podemos apoyar y hacer algo. Hemos constituido asociaciones de mujeres, porque estamos en un barrio que tiene el mayor índice de analfabetismo de toda Málaga, más de 3.500 personas y cuando hace unos años nos planteamos trabajar el analfabetismo detectamos que ellos no estaban interesados en esta cuestión sino en sacarse unas pruebas libres y estamos trabajando con ellos en esa línea.

También estamos trabajando con menores que son expulsados de los centros escolares. El gran problema está en 1º y 2º de ESO. Esta es una realidad, que entiendo que existe en otras comunidades también, pero en Andalucía, se produce el abandono temprano y cuando un menor es expulsado, que por ley puede ser de tres a veintinueve de días, ¿Qué hacemos con ese chico? ¿Qué se vaya a su casa y se busque la vida? Nosotros hace seis años estamos trabajando con estos chavales, que muchos de ellos y ellas se han iniciado en el consumo de drogas, violencia, etc.... a una media de 100-150 por año, este año con veintisiete institutos.

Desde un trabajo muy micro intentamos conectar con todo y desde tres elementos.

En primer lugar desde la coherencia y la exigencia. Pensamos que la comunidad tiene que ser coherente cuando ve estas cosas y no nos podemos quedar callados, por lo que habría que exigir, que efectivamente algunos elementos de este tipo de publicidad no se dieran, porque este tipo de anuncios no solo son una cuestión de adicciones, muchas veces son también un tema de violencia de género, desigualdad... ¿Ley? Sí, de la publicidad, hagamos una ley de la publicidad. Yo fui miembro del Consejo Asesor de la Junta de Andalucía representando a la ACP en un momento donde la participación era muy potente, en estos momentos está muy perdida. Cuando estábamos debatiendo la Ley de Prevención Andaluza, la gran “pelea” fue como incorporábamos el control de la publicidad en la ley, finalmente los lobbies de Jerez, de vino y de alcohol nos ganaron la batalla. Por lo tanto, tiene que haber una coherencia con lo que decimos y hacemos, porque yo no puedo decirle a un chico o a una chica “oye, cuidado con lo que consumes” y luego ver a Messi, o a Nadal o a otro deportista, con todos mis respetos, diciendo

que no pasa nada, o simplemente, con su imagen, y además con dinero público me parece mucho peor.

El segundo elemento sería la formación crítica. Para ser exigente tengo que tener formación, por ello desde nuestra entidad intentamos trabajar mucho con la gente esta cuestión. A pesar de que el hecho de reflexionar, posiblemente no interese, porque si pensamos podremos preguntar y eso igual no interesa, así que cuanto menos preguntemos mejor, ya hay otra gente muy interesante y muy pensadora que piensa por nosotros. Yo cuando doy clase les pregunto a los chicos y chicas porque creen que estoy aquí y os lo pregunto también a vosotros y vosotras ¿Por qué tengo algo que decir? No, seguro que los compañeros que han venido y van a venir, saben mucho más que yo. Cuando intento hablar y trasladar algo, quiero que penséis, aunque sea un segundo algo de lo que estoy diciendo, si lo consigo me doy por satisfecho pues ese es mi objetivo, reflexionar y no os creáis ni lo que yo os diga, ni lo que os diga el compañero, ni el Delegado del Gobierno, ni lo que os diga nadie, investigarlo, compararlo, probarlo.

Y el **tercer elemento** es algo que vuelve a estar de moda, el empoderamiento, porque la coherencia y el pensamiento crítico llevan a esa tercera. Obviamente tenemos cosas que decir, y si la comunidad, que somos nosotros hoy aquí, desde esa reflexión y desde esa formación crítica, nos empoderamos y decimos que somos los que tenemos que decidir porque somos personas y ciudadanos, yo creo que las cosas pueden cambiar.

CONFERENCIA

PRESENTACIÓN

Prof. D. Antonio Vidal Infer

Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación

Facultad de Medicina

Universidad de Valencia

Parece ser que en esta Jornada hemos acertado con la temática, dada la asistencia a la misma y como miembro del Comité Organizador me gustaría abordar el capítulo de agradecimientos.

Agradecer, por supuesto al Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, muchas gracias Dr. Francisco Babín por estar con nosotros, es un honor, porque siempre nos apoya a quienes hacemos cosas en la SET. A nuestra presidenta Dña. Carmen Puerta, porque siempre no da una muy buena acogida a todas las iniciativas que los socios de la SET le proponemos desde Valencia, muchas gracias Carmen. Al Dr. José Miñarro, Director del Máster Oficial en Investigación, Tratamiento y Patologías Asociadas en Drogodependencias de la Facultad de Psicología de la Universitat de Valencia, por el apoyo constante a la SET y por la asistencia de todos/as sus alumnos/as del Master a esta Jornada. También mi agradecimiento a todos los profesionales del Plan Municipal de Drogodependencias de la Concejalía de Sanidad, Salud y Deportes del Ayuntamiento de Valencia, por su ayuda y colaboración y muy especialmente a su Jefe de Servicio el Dr. Francisco Bueno Cañigral, que siempre colabora con nosotros poniéndonos las cosas muy fáciles, salvando diferentes obstáculos como excelente gestor que es. Y por supuesto mi agradecimiento a todos los ponentes que componen el programa de esta Jornada y a todos ustedes por su asistencia esta Jornada. Menciono también a tres personas que han colaborado en la organización de Jornada y que son Víctor Villanueva, Andrea Sixto y Cristina Roca, a quien les agradezco y reconozco públicamente su esfuerzo y duro trabajo.

Sin más preámbulos, tenemos con nosotros a alguien que para quienes trabajamos en drogodependencias, tiene rango casi de leyenda, es el Dr. Amador Calafat, que es psicólogo y psiquiatra y lleva muchísimos años trabajando en temas de prevención de drogodependencias, por lo tanto con una gran experiencia profesional en todos los ámbitos de las adicciones.

CONFERENCIA

Desde el año 1996 es el Presidente del Instituto Europeo de Estudios en Prevención (IREFREA). Ha realizado gran cantidad de publicaciones en temas de prevención, ha sido Director de la revista Adicciones, que hoy en día es una de las revistas españolas con un mayor factor de impacto en JCR. Es por tanto una gran autoridad tanto nacional como europea en temas de prevención de las drogodependencias. Pero específicamente también en alternativas de ocio y por eso le hemos pedido que participara en esta Jornada y él muy amablemente ha aceptado nuestra invitación para que nos hable de si las alternativas de ocio son actuaciones que pueden servir a los adolescentes y que si tienen hoy algún sentido promocionarlas. En definitiva queremos saber un poco de dónde venimos y también como dice el título de la jornada, hacia dónde vamos con los adolescentes. Tiene la palabra el Dr. Amador Calafat.



Amador Calafat Far

ACTUALIZACIÓN EN ALTERNATIVAS DE OCIO DIRIGIDAS A ADOLESCENTES

Dr. D. Amador Calafat Far

Psicólogo y Psiquiatra

Presidente del Instituto Europeo de Estudios en Prevención (IREFREA).

Antes de las intervenciones llevadas cabo por el resto de compañeros, me preocupaba que, Elisardo Becoña y yo, os vendiésemos una especie de ideal alejado de vuestra realidad cotidiana, es decir, la persona que trabaja en ocio nocturno, en un programa de reducción del daño dando consejos, preservativos o lo que sea, podría sentirse muy alejada de todas estas cuestiones tan amplias de la prevención basada en la evidencia, pero yo intento, desde hace muchos años, por todos los medios, ver como la prevención consigue su estatus y nos damos cuenta, no solo del problema de la publicidad sino de toda la industria en general y también de que a veces tenemos enemigos internos, es decir, que a veces nosotros mismos no somos capaces de saber cuál es el “mantra” que nos va a unir y cada uno va haciendo la “guerra” por separado y creo que esto sí que sería importante, que dedicásemos un seminario completo a ver qué es lo que nos une ante muchos competidores, como pueden ser el lobby del tratamiento, el de la publicidad, el de la industria. Hay mucha gente por ahí con las ideas mucho más claras que nosotros. Si os dais cuenta, todos acabamos llegando a situaciones que son muy frustrantes y si no tienes esta visión más general todo se hace complicado.

No voy a hacer un repaso, porque es muy difícil, de todas las cosas que se pueden decir en actualizaciones en intervenciones en ocio nocturno. Hay cantidad de cosas con más o menos éxito, unas con evaluaciones, etc. Por tanto, lo que intentaré será ver como pasar de este reto de cosas individuales a otro reto mucho más global que nos permita sentar nuestras cosas.

Seguramente nos guste o no, si queremos que se asienten nuestros modelos, necesitamos que distinta, gente de distinto “pelaje” se implique con nosotros y nosotros tenemos una verdad, otros tienen otra verdad, muchas veces nos sabemos transmitirla ni venderla bien y nos falta este “mantra” que nos una a todos, porque más allá de que uno consiga con más o menos éxito en su lugar de trabajo, que su programa de intervención se afiance, nos debemos todos a todos. En algún sentido no todos pensamos exactamente lo mismo, y el hecho de que no exista convergencia, dificulta esta tarea.

Un ejemplo es que el caso reciente de la hepatitis, con respecto a la medicina que cuesta tanto para esta enfermedad, ha habido una presión absoluta de todo el mundo y evidentemente el gran beneficiario, por descontado, han sido los pacientes, pero sobre todo es la industria, que tiene un medicamento absolutamente caro y nadie nos ha planteado a toda la sociedad para que reflexionemos sobre a donde destinamos el dinero. ¿Alguien ha oído hablar de algo de prevención de la hepatitis? ¿A caso esta enfermedad viene dada sin más? ¿Se ha dedicado algún tiempo, algunas energías, algún dinero a la prevención? Evidentemente no, y esto no significa que no haya que dar la medicación, me refiero a las encrucijadas en las que nos encontramos. Con respecto al ocio nocturno hoy he visto un aspecto mucho más moderno, más fácil, pero los *botellódromos* hasta hace unos años eran promocionados no solo por la Administración, sino que había muchos profesionales que se sentían muy a favor de estos espacios de socialización y había un debate soterrado entre posturas más progresistas y los otros que parecían que no estaban por el botellódromo que eran posturas menos progresistas. Por tanto, hay muchos elementos ideológicos de muchos tipos en nuestro trabajo como no podría ser de otra manera. Lo importante es que el ocio nocturno es una actividad muy arraigada y trascendente, sirve para hacer amigos, para aumentar el capital social, etc.... y el hecho es que nuestros jóvenes dedican cantidad de horas a todo esto y este ocio nocturno va en contra de otras actividades, lógicamente el joven que se acuesta a las cinco de la mañana al día siguiente no está para hacer muchas otras cosas.

Obviamente las cosas son distintas en distintos países, es gracioso que en países como Italia, se habla de la movida para referirse a salir de marcha y en algunos como en Londres, donde acabo de estar, en Trafalgar Square, había una especie de botellón organizado, es decir que todo esto se va extendiendo de una forma tremenda.

El hecho es que el ocio nocturno interesa a todo el mundo, a la industria, a los ayuntamientos, es decir hay cantidad de intereses creados y ahí estamos nosotros, “pobrecitos”, clamando y buscando nuestro lugar. Los enemigos son peligrosos. Por otro lado, se ha legitimado mucho, es decir, hay todo un estilo de vida que pasa por todo esto, por ir a los cafés, por consumir, etc. Luego hay países que son un poco más coherentes y sí que organizan unas políticas y unos programas y estudios más serios para poner coto a los problemas que también están ligados a toda esta actividad, me refiero a Inglaterra, Suecia y Australia, si tenéis ocasión os invito a que miréis los estudios que se vienen haciendo en estos países.



Amador Calafat Far

El ocio nocturno por otro lado, abarca muchas posibilidades, es decir, esto es un movimiento continuo que no solo son bares y discotecas, también son los hoteles, especialmente en zonas turísticas. Lo que se le exige a la discoteca en términos de reglamento es distinto a lo que se le exige a un hotel. En este sentido, los hoteles tienen barra libre para muchas más cosas que no se pueden hacer en discotecas. También tenemos los lugares públicos, las playas en las zonas donde hay turismo, tenemos algo muy importante también que son las fiestas populares y festivales organizados por la propia Administración, las raves y algo que se está poniendo muy de moda, los consumos en casas privadas, cocheras, a veces, en las comunidades del norte de España, en Mallorca y supongo que en algún sitio de la Comunidad Valenciana, los “boat-party” que son unos catamaranes muy grandes donde se suben los turistas y que se saltan las leyes porque no están pensadas para esto. El hecho es que estamos ante una movida de unas dimensiones tremendas y nosotros ahí somos unos pajaritos inocentes e ingenuos que hacemos lo que podemos y tenemos que seguir haciéndolo, pero cuanto más entendamos cual nuestra misión más fácil va a ser que todo esto funcione.

En el mundo por lo menos hay setenta conciertos importantes, me refiero macroconciertos y esto un tema del que no se habla suficientemente, pero que tiene una importancia enorme porque España es un país gran receptor del turismo sobre los que tenemos además responsabilidades, es decir, cuando un joven entra en coma en Ibiza o en Mallorca, o se tira por el balcón o cualquier

cosa de este estilo, yo creo que deberíamos sentirnos responsables de que le vendamos alcohol y muchas cosas. Lo que tenemos que ver es que de los catorce millones de turistas que recibimos en las Baleares, en una población de 1.000.100 habitantes, el 20% son jóvenes de 14 a 35 años y lo que es interesante en estudios con poblaciones de turistas jóvenes cuando salen en Mallorca y hacemos entrevistas vemos como los que vienen a Mallorca, el hecho de la vida nocturna es definitorio en el motivo por el cual eligen esta localidad y también lo es para Creta, Chipre y lo era menos para Italia y Portugal. La cuestión es que la vida nocturna es un motor para que los jóvenes extranjeros vengan a vernos y lógicamente todo esto se acompaña de sus borracheras y de su violencia y sus accidentes.

El hecho también conocido, es que todo esto desencadena una serie de problemas, que en general la industria, muchos mallorquines y la gente local lo viven como gajes del oficio, es decir, si alguien se dedica a practicar *balconing* o hace cualquier cosa y mueren x jóvenes, esto formaría parte del paquete. Lo gracioso o no tan gracioso es que los escándalos que suceden en Magaluf cada año, que es una parte cerca de Palma, cubren periódicos ingleses y televisiones y cuanta más propaganda se hace de esto criticándolo, más gente viene, tiene un efecto llamada tremendo, es decir, que las cosas son realmente complejas.

El hecho es que a nivel local, ya sin hablar del turismo, tenemos muchísimos problemas que a veces van ligados a la propia Administración, a la cual pedimos ayuda, pero que es la máxima promotora de muchos eventos en los cuales la administración local incumple sistemáticamente lo que les exige a los demás, es decir que si exige que en un bar, por ejemplo, no vendan alcohol a menores, pues en estas fiestas populares se vende alcohol a menores, es la responsable de los botellones... en Mallorca está el birracrucis que consiste en que te dan un ticket y vas de un local a otro rellenándolo y a medida que cumples con más locales acabas ganando algo.

La cuestión es que estamos ante una industria y unos colaboradores necesarios que continuamente se reinventan. No voy a referirme en exceso, pero no cabe duda de que con el tiempo se han cambiado nuestras costumbres, aunque es verdad que los locales de turistas no son exactamente a los que van la población local, pero bueno, existe en ciertos casos una cierta coincidencia. No voy a incidir mucho en este aspecto, pero ya sabemos que el alcohol es el responsable de muchos de estos problemas, igual que el cannabis y que la cocaína.

También es interesante ver cómo están las idiosincrasias para ver como los mediterráneos somos mejores en algunos aspectos y no tan buenos en otros, por ejemplo, nosotros tenemos un estudio con el que hemos podido comprobar que tantos mediterráneos como no mediterráneos beben lo mismo, hay la misma prevalencia de consumidores. Cuando ya hablamos de estar borracho, comprobamos que, aunque suene estereotipo, los no mediterráneos beben más y, si nos vamos a violencia, también comprobamos que los no mediterráneos son más violentos. Pero hay dos conductas en las cuales los peores somos nosotros: sexo sin protección y conducción bajo los efectos del alcohol, puede que sea porque en otros países ha calado más el mensaje de reducción del daño, o bien existe una mayor conciencia de lo que es el bien social.

Ahora me referiré a cuestiones que nos afectan a todos y es que sea desde donde sea, debemos de ir avanzando en una misma dirección encaminada a exigir unas cuestiones comunes a nivel de administración como forma de que nuestras iniciativas sean aceptadas y tengan una continuidad. Hablaré de estándares en prevención, de los programas orientados al ocio alternativo en nuestro país, estándares europeos, y la plataforma de ocio nocturno de calidad en Baleares. La promoción de programas evaluados es larga, pero mientras no se ligue la financiación a programas que han sido evaluados, los cambios no van a ser muy notables.

Hay que diferenciar también entre estándares y programas basados en la evidencia. Estándares son los consensos a los que se ha llegado entre profesionales y prevención basada en la evidencia es otro paso más, lo ideal es pasar de los estándares al máximo que es la prevención basada en la evidencia. Y nuevamente referirme a una cuestión que nos afecta a todos los que trabajamos en prevención, y es que los protocolos que están tan extendidos en el tratamiento, en prevención son más difíciles de conseguir. Es complicado establecer un único programa de prevención a nivel estatal evaluado autonomía por autonomía, o ciudad por ciudad. Lo que hemos visto, que le hemos dedicado un tiempo recientemente, es que cada autonomía intenta tener su propio programa de prevención, no hay todavía la suficiente iniciativa de que los programas más validados sean lo más promovidos. Bueno, eso tampoco nos diferencia mucho de otros países, aunque lo que sí es cierto es que, como comentaba antes Elisardo, España es un país donde ha habido mucho interés en la prevención, donde hay muy buenos profesionales, en el pasado y en el presente, y que probablemente no les estemos sacando todo el jugo a esta inversión profesional que hemos venido haciendo.

Recientemente hemos llevado a cabo un proyecto subvencionado por el Plan Nacional sobre Drogas. Es un proyecto de prevención basada en la evidencia y vimos muchos programas españoles basados en la evidencia, estamos hablando en teoría de 200 o 300 programas, aunque luego en la práctica no son tantos, porque lo que llamamos programa precisa un mínimo de estabilidad, un mínimo de estructura, y de esos ya no había tantos. A parte, también había programas que ya no tenían lugar, algunos de ellos conocidos por los que llevamos tiempo en este mundillo. Con este programa acabamos evaluando unos 40 o 50 con el máximo rigor que impone la prevención basada en la evidencia, ya que estamos en un campo científico con todo lo que ello supone. En concreto, y abriendo mucho la mano, en el campo del ocio nocturno localizamos unos cuantos como EnergyControl y otros más, entre los que se incluye “Abierto hasta el amanecer”, que fue de los primeros que hubo en España de este estilo. El problema con el ocio alternativo es que es una suma de actividades diversas que lo que tienen en común es que se desarrollan en horario nocturno paralelo a las otras actividades. Pero estas actividades son muy difíciles de evaluar, ya que van cambiando de mes en mes, de año en año, no existe una estructura interna que ligue una cosa con la otra, se presupone muchas veces que los efectos que van a tener tienen un efecto directo sobre el consumo de drogas, pero no tiene por qué ser así. No obstante, todo esto es algo que está ahí y que se sigue subvencionando, de hecho, una de las líneas más importantes de financiación para los ayuntamientos va dirigida justamente a mantener estos programas alternativos y no a otras cosas, lo cual pienso que merecería una reflexión importante. El hecho es que estos programas de ocio alternativo nocturno, que, insisto, en España son tan importantes, ya que no los ves en otros países, no consiguen demostrar. Incluso, en países como Finlandia se basa precisamente en que no haya un programa alternativo de ocio nocturno, es decir, se basa en que no haya ningún programa, ni alternativo ni no alternativo.

El hecho es que, si quisiéramos, podríamos ir avanzando en ir exigiendo al ocio nocturno reglado, a los locales nocturnos abiertos, porque hace unos años llevamos a cabo un estudio europeo desde IREFREA, donde elaboramos unos estándares europeos dirigidos básicamente a los locales nocturnos. Esto se hizo a partir de una revisión de la literatura de todo lo que sabíamos que funcionaba y a partir de aquí se establecieron unos estándares y, el siguiente paso, esto es para demostrar que, si en un local hay una acumulación de gente, la música está muy alta, no existe una oferta de bebidas sin alcohol, pues todo esto tiene que ver con el problema. El hecho es que con todo esto establecemos un cuestionario, que fue contestado por una serie de gente de distintos países, en total fueron 120 informantes y mucha gente de la propia

industria. Los 6 estándares principales eran: no dispensación de alcohol a menores, colaboración de distintos agentes relacionados como puede ser la policía, los dueños de discotecas, promoción de un entorno seguro y regulación de las promociones. No me extenderé mucho, solo me centraren cómo se han desarrollado los resultados en los dos primeros puntos.

Lo interesante, si cogemos la no dispensación de alcohol a menores de edad es que existe un acuerdo absoluto sobre este punto, la industria está de acuerdo con ello y lo consideran en un 81% un elemento clave para garantizar la salud y la seguridad. Por tanto, sabemos que la industria sabe que esto no debería de pasar, ya que lo consideran de fácil implementación y de alta efectividad y con un coste de implementación medio-bajo. Si nos vamos luego a los hechos, ellos dicen que sí lo llevan a cabo, aunque decide un poco, discrecionalmente, cuando lo llevan a cabo y cuando no. Esto nos lleva a la necesidad de lo que los ingleses llaman la aplicación de la ley , si nos vamos a este otro aspecto, volvemos a encontrar que también hay acuerdo con la formación del personal, el 82% lo valoran positivamente, donde habría más discusión es en quien la recibe y el hecho es que no les gusta mucho que esto venga regulado por ley y se deja un poco nuevamente a su criterio.

A modo de resumen, la cuestión es que estas industrias con las cuales tenemos que tratar, que son la industria de publicidad, la industria alcohólica, la de las salas de fiestas, todas ellas con unos medios potentísimos que están familiarizados con los factores de riesgo y los de protección. De hecho, hay algunas que precisamente cumplen todo esto como manera de diferenciarse de la competencia y esto provoca a veces que se sancione al otro grupo de discotecas y de bares que no cumplen con la normativa. Por tanto, las claves de muchas de estas acciones preventivas pasan porque la administración intervenga y haga aplicar la normativa vigente.

Por último, desde hace años, vengo persiguiendo personalmente la creación de una plataforma de ocio nocturno. Hace unos seis años hemos conseguido que la Administración acepte crear esta plataforma siguiendo la idea de lo que se está demostrando que es eficaz en ocio nocturno: que distintos agentes estén pendientes y se responsabilicen, se basan en formación, en movilización comunitaria, en hacer cumplir las leyes, se basan campañas reforzadoras de todo esto y se basan en la educación. Todo esto es lo que se intenta hacer desde esta plataforma de calidad. La ponemos en marcha en el 2011, bajo la coordinación del Plan Regional de Drogas, dentro de la Conselleria de Sanitat.

La verdad es que conseguimos una amplísima coordinación, tenemos a varios Ayuntamientos, tenemos a cuatro o cinco Consellerias y tenemos a toda la Patronal, Consejos de Juventud, Asociaciones de Padres, de Vecinos, etc. Bueno, al principio para no asustar a nadie lo que también pretendíamos es generar junto con todo esto, es situar a Mallorca como un sitio de calidad, con una buena imagen. Luego fuimos aprendiendo un poco más y nos concentramos entre 2013-2014, en impedir el acceso de los menores al alcohol, de tal manera que los distintos grupos que estaban implicados debían garantizar más actividades que fueran dirigidas a todo esto. Últimamente estamos ya en una fase posterior, el Delegado estuvo en una de estas ocasiones en las que presentamos a los medios de comunicación esta plataforma, ahora mismo incluso la plataforma es una entidad oficial.

Para que veáis un poco cómo ha avanzado el clima, al principio había muchos recelos por parte de la Administración hacia la industria, al final se ha dado un proceso curioso, la industria se pone al servicio de la Administración, porque existe una industria reglada que le exige a la administración que cumpla con su deber y que cierre muchos locales que no cumplen con la normativa. Y con esto, la Administración se encuentra un poco bloqueada, porque no tiene la facilidad de dar respuesta rápida.

Por lo tanto, desde la plataforma y desde IREFREA estamos poniendo en marcha todo un proyecto europeo. Se han dado una serie de resultados no directos, porque la plataforma no es más que un lugar de reunión, de sensibilización y de discusión, pero no podemos obligar a nadie. Pero lo que sí que vemos es que han hecho acciones que funcionan, por ejemplo, formación de los porteros de discoteca, guías para que los policías pongan en marcha en los botellones de las fiestas de los pueblos, y los ayuntamientos han aprendido a trabajar conjuntamente.

Muchas gracias, estoy francamente satisfecho de ver este amplio auditorio. Me ha interesado mucho escuchar las ponencias de esta mañana sobre los problemas que nos conciernen y cómo avanzar hacia una situación más madura y más segura. La cuestión es que estamos ante una industria creciente y un fenómeno difícil de afrontar. Los esfuerzos preventivos deben, por tanto, ir encauzados hacia una mayor concienciación de los jóvenes y de las autoridades sobre este problema.



José del Val, Enrique Madrid, Rosario del Rey y Rafael Alexandre

MESA REDONDA II:

ADICCIONES: MÁS ALLÁ DE LAS SUSTANCIAS.

MODERA:

Dr. D. Rafael Aleixandre Benavent

*Científico Titular. Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria-UISYS.
Universitat de València-CSIC.*

Buenas tardes, bienvenidos de nuevo a esta jornada de la Sociedad Española de Toxicomanías (SET) **“Adicciones y adolescencias ¿Hacia dónde vamos?”**

La primera de las Mesas de esta tarde lleva por título “Adicciones más allá de las sustancias”. Pensamos que es un tema de gran interés en estos momentos en los que el 25% de los niños de más de 10 años tienen un Smartphone y el 75% de los niños de 12 años, por tanto de los preadolescentes, también tienen este instrumento estrella de las nuevas tecnologías, que permite conectarse a internet y por tanto a todo el universo de información libre que hay en Internet.

En primer lugar, nos dará su ponencia **D. José del Val Carrasco** que es Licenciado en Historia por la Facultad de Historia de la Universidad Autónoma de Madrid y que en la actualidad ocupa de puesto de Jefe de Cooperación con las ONG en el Plan Nacional Sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Durante catorce años ha sido el Jefe del Centro de Información y Documentación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas y, entre otras tareas en este Centro, ha sido el responsable de administrar y gestionar los espacios web de la Delegación del Gobierno, por lo tanto, gestionando todo el flujo de consultas e información y documentación recibida a través de la página web, lo que hace que sea una voz muy autorizada para hablar de internet y del uso que realizan los adolescentes desde la perspectiva de las drogodependencias.

A continuación, **D. Enrique Madrid Tortosa**, que es Licenciado en Psicología por la Universidad de Valencia, psicólogo general sanitario y máster en terapia familiar sistémica, máster en adicciones por la Universidad de Valencia y máster

MESA REDONDA II

en terapia transpersonal y que actualmente ejerce su actividad profesional como psicólogo de la Fundación AEPA, en la UPCCA de Mislata (Valencia), nos presentará la ponencia: **“Adicción al móvil, retos y oportunidades en un uso adecuado de las tecnologías de la información y la comunicación”**.

Por último, **Dña. Rosario del Rey Alamillo**, que es Profesora de Psicología de la Educación en la Universidad de Sevilla, nos va a presentar la ponencia **“Buenas prácticas en la cibereducación”**. Ella combina sus tareas como docente en la Universidad con las investigaciones sobre la convivencia, acoso escolar y ciberacoso, y ya ha realizado varias publicaciones al respecto. Además lidera el proyecto I+D sobre “Sexting, cyberbullying, los riesgos emergentes en la red y las claves para su comprensión y respuesta educativa”.



José del Val Carrasco

INTERNET: ¿ES REALMENTE UNA FUENTE DE INFORMACIÓN PARA LOS ADOLESCENTES?

D. José del Val Carrasco

Jefe de Servicio de Cooperación con las ONG

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

En primer lugar, agradecer a la Sociedad Española de Toxicomanías (SET) esta invitación, que hace que podamos salir de los despachos e intercambiar opiniones con los profesionales que están cada día a pie de obra.

Básicamente voy a hacer un pequeño análisis centrándome en cinco líneas: la introducción general, una visión con ejemplos sobre la información que los adolescentes encontrarían en internet y también lo que no suelen encontrar (iniciativas que sin ser programas de prevención, sí que podrían ser un tipo de sensibilización o de campañas de información); y también hablaré de acciones que, desgraciadamente, igual que sucede con algunos programas, se hacen pero no tienen continuidad, es decir, que incluso ha habido algún tipo de iniciativas relevantes que ya no se encuentran dentro de internet. Finalmente, haré una mención a algún tipo de campañas que ya no se han producido que tienen o tuvieron presencia en internet y que podríamos calificar, como ha hecho algún compañero en las ponencias de esta mañana, de claramente antipreventivas.

La introducción quería hacerla un poco lúdica, haciendo una pequeña referencia además al término “móvil”, que me ha costado encontrar, con respecto a qué es un adolescente. Lo he estado buscando en la RAE, y no hay una plena identificación de un intervalo de edad. Estaba el de “niños”, “preadolescentes”, “adolescentes”, “jóvenes”, pero son intervalos cambiantes. Me voy a servir de un concepto de “juventud” que podemos también aplicar al concepto adolescente.

Ya en el siglo V antes de Cristo, Sócrates hablaba de que “*a nuestra juventud le gusta el lujo y es maleducada, no hace caso a las autoridades y no tiene respeto por los de mayor edad. Nuestros hijos hoy son unos verdaderos tiranos, no se ponen en pie cuando entra una persona anciana, responden a sus padres y son simplemente malos*”. Alguien podría llegar a decir que no ha habido un gran

MESA REDONDA II

cambio respecto a los comportamientos que atribuimos a los jóvenes y adolescentes desde hace casi 2.500 años. Me permito traeros un pequeño sketch de aproximadamente 4 minutos de Les Luthiers, seguro que conocéis este grupo argentino, que hacían una reflexión, ya en 2001, sobre los jóvenes, y lo titulaban “*Los jóvenes de hoy en día*”.

Y que conste que no frivolizo, porque realmente sí que hay que reconocer que ha habido un cambio respecto a las relaciones entre los adolescentes y los progenitores. Por poneros una anécdota, recuerdo que hace aproximadamente doce años el Plan Nacional Sobre Drogas lanzó una campaña basada en un juego que se distribuía en aquel momento en un CD, de vez en cuando, nos llegaba alguna llamada al Centro de Documentación, que era el teléfono que figuraba para cuando alguna persona tenía problemas o dudas en relación a ese CD. En esas llamadas, había alguna de padres que preguntaban por el funcionamiento mismo de las actividades planteadas en el CD, uno de ellos, después de veinte minutos hablando sobre el funcionamiento y protocolos de ejecución, me dice “*yo ya me he enterado. ¿Se lo podrías decir a mi hija que tiene 12 años y es adolescente?*” Con lo cual me quedó claro que el padre no tenía autoridad para trasladarle la información, por lo que había sido innecesaria esa charla previa, ya que él se consideraba incapaz de efectuar ese traslado de información a su propia hija. Como os digo, es un ejemplo de cómo están cambiando, ya desde hace unos lustros, la relaciones paterno-filiales. Y todo se ha visto muy potenciado con la aparición de las nuevas tecnologías.

Bueno, creo que no os sorprende si os describo como internet nos permite un acceso inmediato a un montón de información, información que aparentemente está estructurada a través de los buscadores de internet, por ejemplo el omnipresente Google, que ordena bajo una serie de características a la distintas páginas. Hace quince años, había otro tipo de buscadores que eran claramente insatisfactorios, como podía ser Yahoo, que lo que hacían eran búsquedas frustrantes, ya que no se obligaban a los responsables de páginas de internet a hacer directorios de páginas para aquellas personas que estuvieran interesadas en un determinado tema. Luego, tampoco descubrí el Mediterráneo cuando digo que tanto en internet como en las redes sociales, los adolescentes son nativos digitales y, lógicamente, tienen sus propios intereses, con los que van a mediar para poder encontrar determinadas cosas.

Evidentemente, yo no soy psicólogo, soy documentalista e historiador, pero vosotros sí sabéis cuáles son esos motivos que les llevan un poco a la localización de información como el deseo de nuevas experiencias, la necesidad de trasgresión, la asociación de alcohol y otras drogas con el

ocio, el reafirmar vínculos sociales a través de, por ejemplo el fenómeno del botellón, obtener gratificación inmediata, etc.

Y ¿qué pasaría si, al realizar una búsqueda pusiéramos la palabra “**droga**”?, pues mirad, ahí os pongo unos ejemplos de hace un par de días: hay más de ochenta y cinco millones de páginas si pusiéramos “drogas” en castellano. Aunque ciertamente algunos serían generados por organismos tanto públicos como privados, también aparecen muchas webs que se manifiestan a favor de la legalización de las drogas.

Por otro lado, páginas que contengan la palabra “**prevención**” hay una cantidad cercana a los dos millones, “**legalización**” medio millón de páginas, “**cannabis**” más de setenta y ocho millones y ahí sí que es donde claramente hay un desequilibrio respecto a las primeras páginas. En estas páginas sobre el cannabis, muchas de ellas son prolegalización y, muchas veces, con un grado de detalle inmenso respecto a cómo se tiene que cultivar la planta, cómo se puede conseguir que crezca para que aumente el tamaño de las semillas, de las hojas, etc.

Como os digo, eso es lo que encontraría cualquier persona al hacer una búsqueda, por poner dos ejemplos, sabemos que cuando hacemos una búsqueda normalmente nos quedamos en las primeras páginas, aunque siempre depende de nuestros intereses, y ¿qué aparecen cuando hacemos esta búsqueda, por ejemplo, de drogas?

Puede aparecer información como la de “**SpacioSpray**” que es una página que está en castellano, aunque en origen es holandesa, donde se dice que *“a continuación se encontrará más información a fondo sobre cómo el cannabis actúa como medicina”, “el uso cultural y religioso de la marihuana y el hachís”, “las aplicaciones industriales de cáñamo”, “los diferentes tipos de cannabis” y “a qué se debe que las semillas de cannabis sean tan beneficiosas para nuestra salud”*. Evidentemente, nada que ver con el concepto que tenemos desde el punto de vista de la educación para la salud, desde una perspectiva salubrista, sino todo lo contrario. Pero, alguien que no tiene nociones sobre el tema, que incluso tiene una visión donde este tipo de planteamientos se pueden ver reforzados para consumir y vivir “*nuevas experiencias*”.

Una segunda página que además es muy valiosa, es la que tiene “**Energy Control**”, que aunque es verdad que está creada desde una perspectiva de reducción de riesgos o de reducción de daños, cuando una persona hace una búsqueda en esta página se encuentra cosas que pueden ser consideradas antipreventivas, como por ejemplo la premisa de que, si se quiere consumir

cómo se tiene que hacer, y eso son cosas que se pueden interpretar como una invitación por parte de una página que además está subvencionada por la Delegación del Gobierno.

Luego, el problema está en que muchas ONG que asumen una tarea considerada preventiva, dista del concepto que nos ha trasladado el Dr. Becoña de lo que es esta actividad. Lógicamente, sí que pueden ser aproximaciones desde el punto de vista de proporcionar información, pero ya hemos visto que esto no es prevención. Entonces el problema está en que si un adolescente busca información, lo que puede encontrar son datos no contrastados.

Ejemplos de páginas que sí contienen información contrastada, para que las conozcáis, sería una que se llama **“Aislados”**, que es un programa hecho por el Servicio Interdisciplinar de Atención a las Drogodependencias y que está dirigido justamente a adolescentes, además este material ha sido evaluado por la Universidad Complutense de Madrid, ¿cuál es la parte satisfactoria de este programa? Pues se hace desde una perspectiva de habilidades para la vida y habilidades sociales.

Otro ejemplo sería uno de Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (**FAD**), que se trata de un juego que se realiza online entre los alumnos y los docentes, que también plantea un concurso. Otro ejemplo, sería dentro de la web de la Asociación de Expertos para la Promoción y Divulgación de la Salud Mental del País Vasco, tiene una serie de guías dirigidas exclusivamente para consulta de los jóvenes, dirigida a que al menos tengan información elaborada por profesionales; también del País Vasco, hay una página que debe llevar unos diez años en el Ayuntamiento de Portugalete, y es una página muy juvenil, que no se refiere exclusivamente al tema de drogas, sino que se encuentra en un mix junto a temas de “sexo y rock and roll” y permite, fuera de conceptos morales, ya que está gestionado por profesionales del ámbito de la salud pública, responder a adolescentes que tienen dudas sobre estos temas, con la ventaja de que las preguntas y respuestas quedan registradas y las personas que acceden a esta página pueden consultarlas.

También hay recursos del tipo de un cómic, hecho por el Ayuntamiento de Ibiza, que aborda el tema de las salidas nocturnas. Otro ejemplo, una ONG de Catalunya hace ya desde hace sis ediciones un concurso dirigido a universitarios para tratar el sector de las drogodependencias, la idea es recoger todas las presentaciones de los concursantes y guardarlas en un banco de datos para que luego puedan ser utilizadas por los centros educativos como recurso, el hecho de que estén hechos por universitarios tiene la ventaja de acortar el

MESA REDONDA II

salto generacional. Otra iniciativa es la llevada a cabo por la Obra Social La Caixa en el tema de las drogodependencias.

Después de este repaso, podemos constatar que hay numerosas páginas que abordan con rigor el tema de las adicciones. El problema es que muchas veces no se localizan.

Otro problema son las campañas que se llevan a cabo pero que no tienen continuidad, ya que se diluyen, se esfuman y por ello no cumplen con el requisito de la permanencia en el tiempo. Y además, como desaparecen, tampoco se pueden encontrar a través de la red, o es muy difícil hacerlo.

Ya para finalizar, decir que en ocasiones, no solo es que perdamos la ruta, la url, con la que podemos seguir determinadas páginas de interés, sino que determinadas páginas que eran promovidas por Organismos Públicos eran directamente antipreventivas. Os pongo un ejemplo, un cartel del Plan Nacional Sobre Drogas en el que ponía **“¿A qué no puedes divertirte sin drogarte?”**, y yo pienso que es antipreventivo por dos bandas: Una porque reta a una renuncia que puede provocar justo el efecto contrario, y otra porque señalan sin lugar a dudas que las drogas son un modo de divertirse, por lo que es en realidad, un mensaje completamente vacío.

Y un nuevo ejemplo, que seguramente conoceréis porque es un poco posterior, del 2007, cuyo mensaje era *“entrar en la droga es enterrarse vivo”*, de la Comunidad de Madrid, pues obviamente aunque sabemos que hay múltiples peligros, intoxicaciones etílicas, etc., mostrarles a los adolescentes las drogas como su tumba es antipreventivo, además de falso.

Por lo tanto, concuerdo con varias intervenciones de esta mañana, en las que se reflejaba que a veces las Administraciones Públicas no cumplen bien su papel, ya que a veces parece que se quedan en el hecho de “hacer algo” y no en la importancia del contenido mismo de ese “algo” y en las consecuencias que pueden tener este tipo de mensajes lanzados desde medios de comunicación. Afortunadamente, como ya os digo, este tipo de mensajes han ido dejándose de hacer, por lo que yo creo que desde ese punto nos podemos sentir satisfechos.

Muchas gracias por vuestra atención y le cedo la palabra a Enrique Madrid que centrará esta visión en el tema de las redes sociales y en concreto, los smartpone, como posible motivo de adicción.



Enrique Tortosa Madrid

ADICCIÓN AL MÓVIL. RETOS Y OPORTUNIDADES EN UN USO ADECUADO DE LÁSTIC

D. Enrique Madrid Tortosa

*Técnico de Prevención
UPCCA Mislata (Valencia)*

Buenas tardes. Gracias a la SET por invitarme a participar en esta Jornada y a vosotros por estar aquí.

Voy a intentar contaros cosas interesantes sobre las nuevas tecnologías y en particular sobre los móviles. El fenómeno de los móviles es un fenómeno muy reciente, realmente, el primer móvil que se comercializó fue un Motorola, hace 33 años y pesaba 800 gramos. Parecía de los cómics de Mortadelo y tenía que estar enganchado a la red unas 10 horas de forma continua, para poder hablar 30 minutos seguidos, costaba 4.000 dólares y en su época se vendieron 300.000 unidades. Bueno pues evidentemente lo voy a comparar con los móviles que tenemos hoy en día. Y como ya intuiréis, las comparaciones son odiosas. Los móviles de hoy en día pesan alrededor de los 130 gramos, algunos ni llegan y el tamaño como veis es muy reducido. Yo creo que la industria los diseña con un tamaño que sea manejable en la mano.

Vamos a ir viendo lo que es el fenómeno de los móviles de un nivel más general a un nivel más concreto. Os voy a dar cifras que, aunque están al alcance de todos porque están en la red, cuando no las buscamos no las encontramos, y cuando nos ponemos delante de ellas, a mí por lo menos me impactan. En 2015, a nivel mundial, el número de líneas móviles superó al número de habitantes. Yo creo que también estarán a punto de superar el número de móviles al número de habitantes. En cuanto a la venta de smartphones a nivel mundial, fijaros que desde el año 2011 al año 2014 el crecimiento exponencial en millones de aparatos. Los beneficios brutos de la industria de los móviles, en el año 2016 fueron de 36.000 millones de euros. Yo he buscado unos datos, un poco como para que nos hagamos una idea. Si fuéramos accionistas de una de estas empresas nos caerían unos 800 euros al año, descontando lo que se lleva el Ministerio de Hacienda claro, a cada español. Y una comparación con el gasto de sanidad, educación y cultura, que en España en el año 2016 fue de 7.300 millones de euros. Esos 36.000 millones de euros son nueve veces la inversión del Gobierno de España en educación, sanidad y cultura. Había otro

dato que me parecía curioso, y es lo que ganó Apple en el primer trimestre del año pasado, fue lo mismo que pagó España en paros en todo el año. La industria del móvil ya ha desbancado a la TV, en los EE.UU. en el año 2014 los móviles ya han superado en tiempo de utilización a la TV.

A nivel de nuestro país somos líderes en trasplante, pero también lo somos en esto de la utilización de la tecnología móvil. Somos líderes en cantidad de teléfonos inteligentes a nivel europeo, con un 86% de smartphone sobre el total de teléfonos móviles. Y somos el segundo país a nivel mundial en penetración de teléfonos inteligentes. También somos líderes en Europa en utilización de programas de mensajería instantánea, tipo Whatsapp. El móvil es el dispositivo favorito de los españoles para navegar por internet. En España un 12% de usuarios de smartphones mira su teléfono más de 50 veces al día. Esto nos puede parecer algo casi cotidiano, es decir, podemos mirar el móvil, sino 50 veces, por lo menos 30 o 40. Pero hay un porcentaje que a mí me llama particularmente la atención y es el porcentaje de usuarios que lo consultan de 100 a 200 veces al día, si empezamos a calcular, si descontamos las 8 horas de sueño, nos restan 16, en estas 16 horas hay 192 intervalos de 5 minutos, es decir, estas personas que miran el móvil 200 veces al día, cada cinco minutos estarían mirando el móvil. Esto es relevante para cuando luego veamos las características de esta adicción. Actualmente, la APA no contempla el trastorno por dependencia al móvil, en la última revisión del DSM-5 ya dijeron que el juego patológico sí que era una adicción, un trastorno. Pero claro, las adicciones a internet, la adicción a móvil, todavía están ahí pendientes de trabajos de investigación. Yo creo que lo técnicos ya vamos teniendo claro que existen patrones de abuso y de dependencia. En España también está la nada despreciable cifra de 23 millones de usuarios activos de aplicaciones que realizan 3,8 millones de descargas diarias de aplicaciones, que tampoco es una cifra despreciable.

El acceso a internet se hace cada vez más desde los terminales móviles. Vale, ahora voy a exponer datos sobre el principal congreso internacional sobre móviles que se clausuró ayer en Barcelona, el “**Barcelona Mobile Word Congress**”. Yo tengo una anécdota sobre esto, el año pasado, mi empresa me ofreció ir al Barcelona Mobile y yo, con ilusión, miré lo que valía. Yo trabajé en una ONG, por lo que no era cuestión de generar un gasto excesivo, pensé costará 50 o 60 € la entrada de un día, más ir y venir, pues con 150 € hacemos la fiesta. No. El año pasado la entrada al Barcelona Mobile superaba los 700 €. Algunos pases podían rondar entre los 700 y los 5.000 €, con el primero que vi, ya no seguí buscando. Con esto podemos ver un reflejo de qué es lo que tenemos delante, de la economía que mueve. El Barcelona Mobile se calcula que podrá generar 465 millones de euros en 4 días de congreso y 13.000

empleos temporales. Además, y esto no es casual, este año se ha abierto la participación a jóvenes de entre 10 y 16 años con un festival joven, el **“Youth Mobile Festival”** en la Feria de Montjuic, que me imagino que habrá sido gratis este año, pero el año que viene pagarán. Se calcula que han asistido 16.000 menores de España. La cifra total de asistentes ha superado a la del año pasado, han asistido 108.000 personas.

El mundo gira alrededor de los móviles y esto es una realidad que tenemos que asumir. Pero si todo son ventajas, y esto me lo dicen los chicos cuando voy a los institutos a hacer prevención, *“si el móvil está muy bien”*, *“lo hacemos todo a través de los móviles”*, ¿cuál es el problema?. El móvil tiene una gran ventaja, y es que es muy atrayente no solo para el público adolescente, sino también para el público en general. Esto es debido a factores contextuales, las características del propio aparato, factores interpersonales e individuales y factores propios al aparato. Esta última parte me gusta, porque me hace recordar mucho las máquinas tragaperras. El aparato tiene factores propios que son los tonos, las melodías, las luces, la forma, la carcasa, que son reforzantes y ya de por sí tienen un papel motivador. De hecho yo recuerdo la música de las máquinas tragaperras, que los jugadores patológicos me decían que solo escuchándola ya empezaban a jugar en su cerebro. Bueno, pues vamos a tener que reflexionar sobre esto relacionado con los móviles. Esa utilización abusiva del móvil presenta una doble faceta de riesgo: Su uso ya de por sí puede derivar en abuso, es decir, el móvil mismo es una herramienta lo suficientemente potente para que solo utilizándolo para comunicarnos y con un par de aplicaciones de mensajería instantánea, pueda generar un patrón desajustado; y si a eso le unimos otras aplicaciones, en concreto las lúdicas que son las que suelen provocar unos problemas más graves, pues vamos a tener lo que yo llamo una máquina tragaperras con diferentes niveles de juego. Si a un jugador patológico lo colocamos delante de dos máquinas, una vieja y una nueva, pues te va a decir que la nueva le mola más, porque dentro de una misma máquina hay diferentes niveles, con los que puede sacar un premio en una, subirlo a la parte de arriba, lo multiplica por dos, etc. Y el móvil en cierto modo tiene un sistema parecido.

Me he permitido traeros un pequeño estudio de campo que he hecho, muy casero, con mis dos hijos, uno de 10 y otra de 12 años. El pequeño el móvil lo gasta mucho, sobre todo el de su madre, que dice muchas menos veces que yo que no, claro evidentemente a mí no me lo plantea, porque directamente le digo “no”, y va al móvil de su madre y lo gasta. Y lo gasta con unos cascos enormes. Luego está la tableta, que la gasta menos. Si tiene que decidir entre tableta y móvil, prefiere móvil. Pero bueno, la tableta también la utiliza, sobre

todo para ver vídeos de los youtubers estos que hay en internet, para lo que utiliza unos cascos digamos medianos. Y ahora ya va la cumbre: los cascos de aviador, que digo yo, que son los que utiliza para jugar a la PlayStation, y los auriculares son casi tan grandes como su cabeza, yo ya me he acostumbrado a verlo, pero al principio alucinaba. Le molan más los rojos, porque con ellos se siente como más metido en el juego. Luego me pidió unas gafas de realidad virtual, pero claro con esto de la demora de la satisfacción, que no lo llevan bien, entonces él se fabricó su propio entorno de realidad virtual. Bueno, yo me imagino que en todas las casas pasará algo parecido.

En fin, y ¿qué podemos hacer? Esta es una frase de un compañero mío, que dice *“las tecnologías han venido para quedarse”*. Nos encontramos antes un fenómeno global, que no vamos a poder parar, ni tampoco debemos parar. Tenemos que tener claro que ellos son nativos digitales, que nosotros somos inmigrantes digitales y que la brecha entre ellos y nosotros no puede hacerse cada vez más grande. Entonces, tenemos que hacer esfuerzos para acercarnos, para saber que aplicaciones utilizan, que juegos utilizan, como juegan. Tenemos que supervisar en lugar de controlar, y supervisar estableciendo unas normas. Yo les digo siempre a los padres y a las madres que la utilización de la tecnología se haga siempre que se pueda desde espacios comunes. Tenemos que proponernos normas de utilización, en cuanto a tipo, en cuanto a espacios y en cuanto a contenidos. Esto es importante, tenemos que usar las tecnologías para encontrarnos con nuestros hijos. La tecnología no es nuestra enemiga, es una herramienta y puede ser una herramienta fantástica, que nos está dando la oportunidad de encontrarnos con ellos. Yo les dio a los padres que se quejan de que cada vez los hijos están más lejos, pero si tienen ocasión de acercarse cuando están jugando y preguntar *“¿a qué juegas?”*, *“¿en qué consiste?”* o *“¿qué es esto del Musicali?”*, *“Ay pues grábame un vídeo”*. Así se puede crear un rato donde se va a interactuar, donde van a reírse y a estar en contacto. Es un puente para conectar con los adolescentes.

Yo creo que es importante firmar contratos, aunque son contratos que se van a romper muchas veces. Pero al final vamos a conseguir una utilización más ajustada. Tenemos que ser coherentes. Muchos adultos cumplimos criterios de abuso y dependencia a móviles. Somos el espejo en que se miran. Enseñarles a que sean su mejor antivirus, para que aprendan a dosificarse. Además, el móvil no puede ser la navaja suiza con la que hagan todo a todas horas. Entonces es importante que entiendan que si se utiliza para todo, al final se generará una dependencia. El móvil debe dormir, esto es súper importante, fuera de las habitaciones, hay que apagarlo.

MESA REDONDA II

Finalmente, unas frases para reflexionar. Una de Bauman, que falleció en enero de este año, que a mí me gusta mucho: “*Somos las personas más conectadas de la historia pero también estamos más solos que nunca*”. Luego, Nicolas Carr, finalista del premio Pulitzer del año 2014, decía: “*La rapidez de internet y las nuevas tecnologías están provocando cambios en los procesos atencionales y en los más jóvenes y es posible que esos cambios tengan un correlato neurológico*”. Esto los profesores de los institutos lo ven todos los días: los chicos cada vez les cuesta más atender más de dos minutos, y si lo expuesto no es digital, les parece un rollo. Yo el año pasado les dije, me voy a grabar dando la charla de cannabis y voy a venir aquí y os la voy a poner porque así vais a estar atentos que si soy yo el que da la charla.

Y esto son realidades que están aquí y con las que vamos a tener que trabajar.



Rosario de Rey Alamillo

BUENAS PRÁCTICAS EN LA CIBEREDUCACIÓN

Prof. Dña. Rosario del Rey Alamillo

Profesora de Psicología de la Educación

Facultad de Psicología

Universidad de Sevilla

Buenas tardes. Tengo que confesar, antes de empezar, que me gusta venir a foros donde me siento rara. Tengo la sensación de que somos muy diferentes profesionalmente, ya que nos aproximamos a la problemática desde diferentes áreas del conocimiento. Quizá sea importante que sepáis quien soy yo originariamente, soy pedagoga y he trabajado mucho en la enseñanza con los chavales en los institutos. Por lo que mi titulación en Psicología estaría centrada en la Psicología Educativa. Por eso, voy a intentar conectar la ponencia que tenía preparada con la de otros ponentes que han pasado hoy por aquí.

¿Por qué preparo la presentación para partir de la violencia en la escuela? Llevamos ya tiempo sabiendo que esto es una realidad y a veces, puede parecer que no se está haciendo nada. Pero sí que estamos haciendo cosas, desde la interdisciplinaridad y la multidisciplinaridad. ¿Cuál es mi punto de vista de cómo llego aquí? Llego hasta aquí, a los riesgos en redes sociales y a la dependencia a redes sociales, de un mundo distinto al de la mayoría del aforo. Todo empezó con mi tesis doctoral, que investigaba sobre un tema que ahora es muy moderno: “el acoso escolar”, por lo que mi historia previa fueron los estudios sobre la prevalencia y los factores de riesgo en el acoso escolar y como eso se ha ido transformado en nuevas realidad, que han puesto sobre la mesa problemas distintos. Problemas como los relacionados con las redes sociales, que son claramente un nuevo contexto de desarrollo, no son el aparato, no son “el gorila” al que me dejaban jugar a mí de adolescente, por lo que estamos, sin duda, ante ese nuevo concepto de desarrollo. La neurociencia nos está diciendo además que las habilidades sociales son distintas cuando tengo a la persona delante que cuando la tengo detrás de la pantalla. Tenemos alguna hipótesis que planeta que la pantalla nos está deshumanizando, no somos igual de prosociales, no tenemos las mismas estrategias de afrontamiento, cuando interactuamos con el otro a través de la pantalla. Esto ha abierto un debate en el que maestros y profesores no están de acuerdo, quizá yo como defensora de ellos también digo, ¡qué responsabilidad tan grande!, ahora todo el mundo los mira cuando, por ejemplo murió aquella chica por consumo

de alcohol, o cuando un chico se suicida. Y es que realmente se nos están suicidando, ¿por qué se suicidan?, pues porque realmente no tenemos un buen amparo, una buena protección del menor. ¿Qué ha hecho esto? Ha hecho que miremos a la escuela y le otorguemos la responsabilidad civil de prevenir el acoso escolar, el ciberacoso y estamos con la ciberdependencia, lo que ha hecho, entre otras cosas, que los docentes tengan que ir más allá de enseñar las materias clásicas, y educar en desarrollo sociomoral y ahora “cibersociodesarrollomoral”. Quiero decir que los educadores del contexto formal están ahora encontrándose con un montón de cosas con las que tienen que lidiar, para las cuales no siempre saben si se sienten competentes. Pero es que la escuela es el único sitio donde los tenemos a todos, o a casi todos. Ahí es a donde los tenemos a casi todos y aunque a veces el impacto sea poco, ahí es donde los podemos rescatar. Y si los tenemos, no tenemos que irnos a los barrios, no tenemos que irnos a los botellones, porque en la escuela los tenemos a todos. Por ello, la prevención en el contexto formal es tan importante.

¿Qué pasa con esto tan guay de las redes sociales? A mí me flipa, de hecho justo hace un rato me acabo de enterar de una buena noticia familiar mientras estaba aquí. Uf, ¡la multitarea! Es que vemos que está todo tan chulo, que hasta hay veces que se nos va un poco el puntillo, ¿no? Eso que hace que yo hace un rato quisiera escuchar la ponencia, pero he mirado el móvil porque no me he podido controlar. Y eso es una de las cosas que hemos tenido que estudiar, los procesos atencionales. La multitarea es buena cuando una de ellas es de alto nivel cognitivo y las demás no. Es más, cuando alguien te dice que puede mirar el whatsapp a la vez que te atiende eso no es cierto, solo podemos hacer una tarea de alto nivel atencional. La multitarea procedimental, técnica sí, pero cognitiva de alto nivel no.

Os he traído un estudio para que veáis y comprendáis cómo son las prácticas basadas en la evidencia que estamos haciendo nosotros. Porque antes de diseñar la prevención, antes de lanzar voces de alarma porque un niño está sufriendo, antes de dar respuestas la comunidad científica, debemos de saber qué es lo que nos dice la ciencia. Bueno sin querer aburrirlos, quiero daros una idea de en qué está basado un programa que espero presentaros fácilmente, pero eso no significa que esté vacío. Y creo que una de las claves se ha dicho esta mañana. Solo un ejemplo de uno de los análisis que hacemos para intentar encontrar cuáles son los factores de riesgo y cuáles los de protección en los chicos que estén implicados en ciberbullying o que tengan problemas de dependencia a internet. Estos estudios nos dan un apoyo cuando estamos haciendo una prevención del bullying, ya que muchos de los factores

MESA REDONDA II

protectores y el riesgo son iguales en el ciberbullying, en la ciberdependencia, con lo cual no tenemos que hacer muchos programas de prevención, llámenles a esos programas como quieran, pero que siempre estén trabajando en esos factores que la ciencia nos está diciendo que predicen o que aumentan o disminuyen la probabilidad de que eso suceda.

Aquí os traigo un ejemplo donde se muestran variables individuales de los chicos, hay variables contextuales, como por ejemplo la percepción de que los chicos sientan que están seguros en su centro, que el profesorado también lo apoya, la consistencia y coherencia de las normas de la escuela, de la familia. Con lo cual, una de las primeras cosas que les quiero decir es: cuidado con hacer cualquier cosa para sentir que estamos haciendo algo. Gastemos el dinero, pero sabiendo que tenemos el garante de saber que vamos en la dirección que es necesaria. Para eso, en los riesgos yo les quiero decir rápidamente, para entender lo que es el ciberbullying o ciberacoso, necesitamos entender que cuando miramos el acoso escolar nos fijamos en los agresores, en lo que son “malos”, con la idea de “quitarlos del medio”. Sin embargo, sabemos que eso no es solamente así, que la mayoría de las veces no es así salvo psicopatologías. El bullying o acoso no se entiende solamente con que haya uno que deba ser castigado, sino que también hay otro alguien a quien hay que proteger, la víctima. El bullying no existe si no hay alguien que agrede a alguien y que, además, está sostenida por las personas que lo estamos viendo. La sociometría del bullying y del ciberbullying se ha explicado ya varias veces, pero se ha dicho que se mantiene claramente por el desarrollo normal, se ha dicho antes, por el grupo de iguales. ¡Claro! en la adolescencia sobre todo, pero para nosotros también, la clave está en comprender cómo se gestionan las relaciones entre iguales. ¡Ser chivato está fatal! ¡Cómo vamos a romper la ley del silencio si creemos que es un chivato! De ahí la importancia, también se decía esta mañana, de la sensibilización, de diferenciar ser chivato a proteger a alguien a quien se está dañando. Otra cosa son los vínculos, las cosas no suceden una vez que pasa algo, desafortunadamente aprendemos que si alguien hace una broma nos tenemos que aguantar, y que a esa persona no le importa que se la hagan. Pues eso no es cierto, la mayoría de las veces sí que importa y todos tenemos los mismos derechos.

Pero ¿cómo os quiero explicar yo aquí el origen de la prevención? La clave de la prevención no está en los agresores, no está en las víctimas, la clave está en todos los demás. A mí me gusta explicárselo a mis alumnos diciendo que todos nosotros somos un muelle en una cama elástica. Tú quitas un muelle y no pasa nada, pero se empieza a notar. Así vas quitando muelles y poco a poco la cama ya no salta tanto. La sociometría del bullying tradicional y del

ciberbullying nos ha descrito que cada uno de nosotros jugamos un papel distinto. Hay gente que dice no eres capaz de X, otro dice fulanito me dijo que no eres capaz de X, los que nunca “hacen nada”, pero provocan que otros lo hagan. Y eso lo hacen todos, el 99% - 98% lo saben. Hay gente que solo jalea “hay bulla, bronca”, hay otro que solo miran como le pegan a alguien. Ahora, además en las redes sociales se multiplica la expectación, ahí hay de todo, también chicos que defienden a la víctima. ¿Por qué os pongo esto? Para explicar que en realidad, la prevención es quitar el apoyo, quitar los muelles. Hoy sabemos que la gente que se ríe de los demás no lo hace para hacerle daño, tiene conciencia del daño, pero no es su motivación, su motivación es prestigio social, ligarme a alguien, que no le cuenten a mi madre tal o cual. Esos son los motivos, motivos individuales fundamentalmente. Si no se consigue ese prestigio social, si no consigue ese refuerzo callado, no se produce la agresión. Ahí es donde debe centrarse la prevención y ahí es a donde puede llegar la prevención escolar, al menos en nuestro ámbito, tenemos que intentar que el profesorado y los orientadores trabajen en lo controlable y lo modificable.

¿Qué ha pasado con el ciberbullying? Que todo lo anterior se ha trasladado a las redes. Han cambiado los parámetros de comunicación. La gente no sabe que si ponen mayúscula están agrediendo, y ¡hay unos conflictos! La gente te está diciendo que te quiere y tú no sabes si te quiere de verdad, o me estás llamando “fulana”, ¡no lo saben! Es una manera de comunicación que se ha de entrenar. Se traían también esta mañana cuestiones como lo privado y lo público, el anonimato. El anonimato ya no existe, eso lo sabemos. También referían esta mañana al “overlapping”, claramente, hay más de 80% de overlapping de la vida física a la vida virtual. Porque es cierto que entre desconocidos hay una parte, pero lo fundamental se lleva a cabo entre conocidos. Ciertas cosas diferentes con el bullying tradicional, pues el tema de la intencionalidad, ya lo he reiterado antes, la repetición, ya que mientras que sabemos que en bullying tradicional es necesaria una persistencia en el tiempo, tanto agresión como victimización, las redes sociales han hecho que una sola agresión pueda tener una multiplicidad de la victimización, con lo cual hay más víctimas, porque con un comportamiento agresivo puntual puede ser una agresión reiterada, por el reenvío y por la propia audiencia imaginaria de las víctimas que se buscan, del tipo “seguro que aún están escribiendo de mí”.

Otro problema, que es el mayor problema que tenemos hoy en día, no es solo acoso, es el exhibicionismo, que nos está generando tal inseguridad, tal desprotección del menor, ya que es impresionante la cantidad de imágenes íntimas que se están mandando. Esto pasa por ejemplo cuando tienen una pareja estable, o que piensan que es estable, y lo dan todo, entre otras cosas,

fotos muy íntimas que, dependiendo de la edad pueden ser muy insinuantes, no tienen que ser siempre completamente explícitas. ¿Qué es lo que pasa? Que se ha convertido en una prueba de amor, en una práctica habitual. Pero lo que está habiendo un tráfico de pornografía infantil impresionante. El “sexting” en realidad es el envío, uno se toma las fotos queriendo, o se graba queriendo, y alguien recibe y puede que reenvíe las fotos que alguien que se ha tomado las fotos queriendo. Y eso ha dado lugar a casos, que seguro que conocéis, de chicos que se han tenido que ir de su pueblo. No hay manera de frenar estas fotografías, que a veces son insinuantes, pero otras son explícitas. Claramente el sexting es uno de los grandes problemas que estamos teniendo ahora, derivado de la falta de sensibilización de que las redes sociales son empresas. Realmente, hoy tenemos el sexting, tenemos el bullying con el que llevamos 20 años trabajando, el ciberbullying, el ciber gossip, que se refiere a “cotillear sobre la vida de otros”; por ejemplo, en diversos estudios donde se pregunta “¿qué haces en las redes sociales?”, sale con mucha diferencia ver que hace la demás gente. Nos encanta ver como el chulito del instituto ahora está gordo, o cuando vamos al baño, en vez de leer la etiqueta del gel, vemos los perfiles de whatsapp de la demás gente. Bueno pues eso es lo que tenemos hoy, y no podemos prevenir solo para el problema de hoy, porque estás haciendo un programa y mientras que lo estás haciendo te salen problemas nuevos, con lo cual no es ir en contra de cada problema porque no vamos a llegar.

¿Qué es lo que estamos haciendo mi equipo y yo con esto? Pues hace unos años hemos tenido la suerte de que la UE nos nombrase equipo de investigación para trabajar sobre el ciberbullying, con el objetivo de que diseñásemos programas de intervención y de prevención contra el ciberbullying. Aquello estuvo estupendo, ya que teníamos mucho personal, que iba directamente a los institutos y fue lo que hicimos con el programa “Con red”, que ha sido un exitoso programa replicado en muchos sitios. ¿Qué es lo que sucede? Pues que eso no se puede llevar a todos los sitios, no tenemos a tantos jóvenes expertos que puedan ir a todas las aulas de secundaria a trabajar con ellos, no tenemos esos medios. Entonces, el programa que os presento ahora es un proyecto que le pedimos al Ministerio de Competitividad sobre qué pasa con un programa que se desarrolla con estas premisas pero con los adultos responsables, es decir, lo orientadores, los tutores... y se hace como normalmente se hace en la escuela, ya que si no por muy buen producto investigador que sea, no es útil para los centros educativos.

Dos claves importantes del programa “**Asegúrate**”:

Primera: Trabajar sobre la normalización del comportamiento, sobre el que tenemos un problema, ya que están normalizadas prácticas inseguras.

Segunda: Intentar dar protagonismo al alumno. Ya que, siento decirlo, no vamos a conseguir profesores ni orientadores más competentes que los propios alumnos en redes sociales, ellos tienen más tiempo, más habilidad, más juventud, más motivación. Tenemos que generar el sentimiento de competencia en el profesorado sobre cómo ayudarles a que ellos aprendan a utilizar las redes sociales. Porque nosotros jamás vamos a ganarles la batalla. Con lo cual estábamos pensando en que teníamos que hacer un programa que le diera protagonismo al alumnado, que ellos son los que saben, pero la responsabilidad y la dinamización al profesorado. En muchas charlas me dicen “usted dígame cuando le compro el móvil y yo se lo compro”, y yo les digo “¿pero a usted alguien le ha dicho cuando le da las llaves a su hijo?”. Cada familia debe ir decidiendo en función del desarrollo del niño. Entonces esas son las dos cosas fundamentales. El programa “Asegúrate” en realidad, trabaja fundamentalmente dos cosas: asegurarse y protegerse. Para esto, la rapidez es un problema, tenemos que fomentar por ello el pensamiento reflexivo. La metodología es fundamental, cada una de las secciones del programa trabaja distintas partes de las redes sociales: los perfiles, el “me gusta-no me gusta”. Porque en el programa en sí lo importante no son los materiales que se usan, que se les dan para que el profesorado no los tenga que buscar, sino que lo importante es hablar y discutir sobre lo que todos creemos que es normal, y ver si realmente lo es. El programa lo hacemos desde quinto de primaria, entre las cosas que trabajamos es ayudarles a entender la comparativa entre los tipos de comunicación en redes sociales y cara a cara, cómo generar su propia identidad, como diferenciar los contactos de los amigos; y trabajamos los riesgos fundamentales, dependencia a los youtubers, por ejemplo. De este programa se hizo una evaluación piloto el año pasado en seis centros, ahora estamos en más de veinte centros haciendo una evaluación más grande; obviamente grupo control, grupo quasi experimental, pretest y postest con escalas validadas que nos dan la certeza de que el realidad estamos midiendo lo que queremos medir.

Los resultados nos están diciendo que en los institutos, los alumnos de Educación Secundaria y del Tercer Ciclo de Educación Primaria muestran mejoras en los temas de cyberbullying, aunque como todos los que trabajan con menores sabrán, es más sencillo reparar a una víctima que cambiar al agresor.

En tema de sexting, estamos consiguiendo que tomen conciencia, que disminuya la participación directa, la percepción de normalización, y también la motivación, los motivos que argumentan para hacerlo. Así mismo, tenemos impacto en la dependencia interpersonal, pero menos en la intrapersonal.

MESA REDONDA II

Finalmente, quería presentarles el programa **“Asegúrate”** como una propuesta más, junto con los otros programas que he presentado antes. Son programas que intentamos presentarles a las administraciones públicas como prácticas basadas en la evidencia para que puedan guiar el trabajo de los profesionales.



Rosario de Rey Alamillo



Víctor Villanueva, Bruno Ribeiro, Bartolomé Pérez-Gálvez y Abel Baquero

MESA REDONDA III:

TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN ADOLESCENTES

Modera:

Prof. D. Víctor Villanueva Blasco

Psicólogo

Universidad de Zaragoza

Universidad Internacional de Valencia (VIU)

Buenas tardes a todos y a todas.

Vamos a comenzar con la última Mesa de la tarde. Para ello contamos con la presencia del Profesor Bruno Ribeiro do Couto, del Dr. Bartolomé Pérez Gálvez y del Dr. Abel Baquero Escribano.

Primeramente, vamos a escuchar la ponencia del **Dr. Bruno Ribeiro de Couto**, que tiene una amplia experiencia tanto en investigadora como docente y nos puede aportar aspectos de gran interés científico-técnico. Nos va a hablar de **“La detección precoz de trastornos adictivos”**.

A continuación, escucharemos la ponencia del **Dr. Bartolomé Pérez Gálvez**, que es Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid, especialista en Psiquiatría, Doctor en Medicina por la Universidad de Alicante, Profesor Asociado de Psiquiatría en la Universidad Miguel Hernández de Elche y trabaja en la Unidad de Alcoholología del Hospital Universitario de San Juan de Alicante. Tiene diversas publicaciones profesionales y muchos de los que estamos esta tarde aquí lo conocemos tanto por su ámbito profesional en relación con las adicciones, como por el ámbito de la gestión pública por sus años al frente de la Dirección General de Drogodependencias de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana. El Dr. Pérez-Gálvez nos va a hablar de **“El abordaje farmacológico del adolescente drogodependiente”**.

MESA REDONDA III

Por último, nos hablará el **Dr. Abel Baquero Escribano**, que es psicólogo de Proyecto Hombre-Fundación Amigó Castellón, especialista en patología dual, que coordina el área de intervención terapéutica en patología dual y ejerce su labor docente universitaria en distintos máster y postgrados y ha estado implicado en distintos proyectos de investigación. El Dr. Baquero nos hablará de la “**Patología dual en adolescentes**”.

Tiene la palabra el Profesor Bruno Ribeiro do Couto.



Bruno Ribeiro do Couto

LA DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS ADICTIVOS

Prof. D. Bruno Ribeiro do Couto

Facultad de Psicología

Universidad de Murcia

Buenas tardes a todos. Me han pedido que hablara de la detección precoz de los trastornos adictivos en adolescentes.

Cuando empecé a ver por dónde nos movíamos, intenté focalizar en el porqué de la importancia de la detección precoz en esta etapa de la vida. Como posiblemente ya sabréis, neurobiológicamente tenemos una serie de estructuras que se desarrollan antes, como son las regiones límbicas, y que otras, como la corteza prefrontal, que tardan más en desarrollarse. De esta manera, nos encontramos con que el Núcleo Accumbens (región límbica) es súper funcional durante el período de la adolescencia, mucho más que cuando somos niños y mucho más que cuando somos adultos. ¿Qué significa esto? Durante la adolescencia, tenemos un sistema límbico hiper funcional, donde el Núcleo Accumbens está funcionando a unos niveles muy intensos, pero por otra parte, tenemos la corteza prefrontal, encargada del análisis de información y de las decisiones razonadas, que se encuentra todavía inmadura. Para mezclar todo esto un poquito más, tenemos una hipófisis donde empezamos con la segunda parte de la liberación de muchas hormonas sexuales, lo que hace que tengamos un sistema límbico que necesita y que quiere muchas emociones y mucha gratificación, un sistema de control que es la corteza que no es capaz de controlarlo y, completando todo esto, las hormonas sexuales funcionando a niveles bastante altos.

Con todo esto, ¿qué es lo que queremos detectar exactamente en nuestros adolescentes? Si tenemos en cuenta las últimas encuestas del ESTUDES de 2014, podemos observar que en los últimos 30 días hasta un 70% de los adolescentes han consumido alcohol, casi un 30% tabaco y sobre un 20% cannabis. Nosotros hemos hecho un estudio, que aunque en principio no fue lo que nosotros pensábamos, ya que lo que queríamos era seleccionar una población de gente que fume porros y de gente que no consumiera nada, para estudiar una serie de valores de la actividad cognitiva. Cuando empezamos a pasar cuestionarios en varias universidades, que ascendieron a más de 1.500 cuestionarios, pues los resultados han sido muy parecidos a los que aparecen en el Plan Nacional Sobre Drogas. Podemos observar

que un 80% de la población de los universitarios de una media de 20 años, había consumido alcohol, de tabaco alrededor del 35% y de cannabis 21-22%. El patrón de consumo que pudimos observar, también coincidiendo con las encuestas nacionales, prácticamente la mitad de la población encuestada manifestaba hacer policonsumo.

¿Qué es lo que queremos detectar?

Para saber si el consumo es problemático, tenemos que saber exactamente qué datos estamos manejando, entonces es común utilizar las unidades de medida estándar. Si nos centramos en las copas, un cubata, que es lo que hacen normalmente cuando consumen los jóvenes, estaríamos hablando de dos unidades de bebida estándar, ¿cuáles son los niveles de riesgo que deberíamos detectar para saber si tenemos un bebedor de riesgo o no?

Llegados a este punto me gustaría hacer una dinámica con vosotros. Me gustaría que se sentasen aquellos que en los últimos 30 días no haya llevado una corbata, no ha llevado ningún tipo de colgante, foulard, que se siente. Seguro que los que están de pie han llevado algo colgando.

Ahora imaginaros que os digo que vosotros, los que habéis llevado algo colgado en los últimos 30 días tenéis, según la Universidad de Harvard, una enfermedad muy grave y que si no hacéis caso de lo que os voy a decir, pues os podéis morir. ¿Qué os parece lo que os acabo de decir? Lo que os quería mostrar con esto es que nos hemos mantenido de pie entre el 70 y el 80%, tenemos que tener mucho cuidado con esto porque muchas de las pruebas de cribado que tenemos y muchos de nosotros tendemos a cometer el error que muchos de nuestros adolescentes. Si vamos a hacer caso de las indicaciones que tenemos de la OMS, una persona que tome en una semana dos cubatas y medio en el mismo momento sería un bebedor de riesgo. Entonces, os podéis imaginar perfectamente que nuestros adolescentes beben mucho más. Tenemos que tener mucho cuidado con este tipo de estándares internacionales, ya que nos pueden inducir a error.

Bueno, he intentado buscar las pruebas que estarían más recomendadas por la ONU. La ONU tiene un programa en el que han intentado de alguna forma juntar en un documento cuáles son las intervenciones más eficaces para la niñez y la adolescencia. Si nos vamos al sector al que mayoritariamente nosotros pertenecemos, al sector de la salud, vemos que las indicaciones para la adolescencia temprana y la adolescencia no tan temprana, lo que está más indicado en la intervención breve, que de hecho, recibe un nivel de indicación bastante bueno.

¿Qué es esto de la intervención breve?

Nosotros por ejemplo tenemos un programa Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT).

De todo este tema me voy a centrar en el cribado, porque es de lo que me han pedido que hablara. El cribado es un conjunto de métodos y técnicas para detectar señales de riesgo. La idea es utilizar una herramienta que sea fácil de pasar a una gran cantidad de población y nos diga si estamos en presencia de una condición específica o no, en el caso de los adolescentes saber si su consumo constituye un riesgo y nos debemos preocupar, o no. Efectivamente esta intervención alcanza unos valores límite ya que, hay un momento en el que hay que decidir si tras esta intervención breve se debe dar un paso más hacia el tratamiento. Además, en las situaciones en las que los consumos no son excesivamente altos, el cribado nos da la oportunidad de educar y orientar y además de hacer una intervención temprana a nuestros adolescentes. La herramienta de la firma de contratos, que he escuchado en una intervención anterior, también puede ser un elemento muy interesante en la intervención breve para lograr cambios conductuales. Muchas de las herramientas de cribado también logran reducir las actividades de riesgo, ya que ayudan a tomar conciencia de qué cantidad de sustancia estoy consumiendo. ¿Qué herramientas de cribado tenemos? Tenemos por ejemplo unas muy interesantes que utiliza la guardia civil, que pueden ser la prueba de alcoholemia, el nivel de alcohol en sangre, o una serie de pruebas de orina. Estas pruebas, con adolescentes, pueden no ser las herramientas más adecuadas que debemos de utilizar, ya que podemos generar una situación de confrontación que no es la que queremos. Luego tenemos también otras herramientas que son los autoinformes, entrevistas y cuestionarios autoaplicados. Vamos a centrarnos en la última, en los cuestionarios que podemos autoaplicar. Antes de nada vamos a explicar cuáles serían las características que cualquier herramienta de cribado debería tener: 1) sea cual sea la herramienta de cribado debe ser breve (menos de 10 preguntas), 2) debe ser flexible, 3) debe ser fácil de administrar para el paciente y para nosotros, 4) debe darnos indicaciones acerca del consumo de alcohol y otras drogas, 5) debe de darnos información sobre si una persona necesita más tratamiento posterior, y 6) debe tener una buena sensibilidad y especificidad, es decir, debe detectar los casos positivos, pero también los casos en los que el consumo no sea de riesgo.

Por otro lado, tenemos en **CAGE**, que son cuatro preguntas de “sí” o “no” que sirven para detectar en consumo de alcohol, normalmente se utiliza en atención primaria y está pensada para mayores de 16 años. El tipo de preguntas que podemos encontrarnos serían: “¿ha tenido usted alguna vez la

MESA REDONDA III

sensación de que debería beber menos”? o “¿se ha sentido molesto alguna vez por los comentarios de otra personas sobre su forma de beber?”.

Después tenemos el **AUDIT**, que se usa con adolescentes y con adultos. Es una herramienta bastante utilizada y que detecta trastornos por consumo de alcohol. Esta validada a nivel transcultural a lo largo de todo el mundo. Es un cuestionario que cuenta con 10 preguntas con cuatro opciones de respuesta que nos van a dar un grado de riesgo que tiene esa persona. Preguntas como:

¿Con qué frecuencia consume una bebida alcohólica?

¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión?

El consumo de riesgo estaría en 8 puntos en hombres y 6 en mujeres, por lo que a partir de estas puntuaciones hablaríamos ya de un uso perjudicial.

Además de este **AUDIT**, está el **AUDIT C**, que es un intento de reducir todavía más las 10 preguntas a 3, con solo las tres preguntas iniciales:

¿Con qué frecuencia consume una bebida alcohólica?

¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión?

Ya que con esas preguntas consiguen una sensibilidad similar a la del AUDIT completo. Está indicado para una situación en la que tengamos poco tiempo y queramos hacer un cribado a mucha gente.

Por otro lado tenemos el **DAST 10** y el **DAST 20**. Vamos a centrarnos en el DAST 10 porque son menos preguntas y porque hemos comprobado que es una herramienta que es autoaplicado en entrevistas, se utiliza con adultos y adolescentes, tiene una buena sensibilidad, y creo que está disponible en España también. Preguntas:

¿ha consumido algún tipo de drogas sin prescripción médica?

¿ha consumido más de una droga al mismo tiempo?

¿ha tenido pérdidas de memoria? Etc.

La validación española se ha llevado a cabo por un grupo de Alicante dirigido por el Dr. Bartolomé Pérez. En este cuestionario se da un punto por cada respuesta afirmativa a las preguntas del cuestionario, entre 3 y 5 hablaríamos de un nivel de riesgo moderado y de 6 a 8 hay un riesgo bastante alto de consumo.

Después de **CRAF** es otra de las herramientas de cribado, desarrollada por la Universidad de Harvard, que tiene 6 preguntas e indaga sobre el consumo

MESA REDONDA III

de drogas y está específicamente diseñada para adolescentes. Se lleva a cabo en el contexto de una entrevista clínica y tiene bastante buena sensibilidad. Empieza preguntando por el consumo de bebidas alcohólicas, sigue preguntando por el consumo de marihuana o algún otro tipo de sustancias. Si algunas de esas preguntas es positiva, deberíamos de pasar a las siguientes preguntas, sino solo deberíamos de preguntar alguna vez en coche conducido por una persona que hubiera consumido alcohol y otras drogas, haciendo referencia al riesgo aunque no haya consumo propio. Es una herramienta muy interesante, porque dependiendo de la puntuación final que saque nos da la probabilidad de un diagnóstico de abuso o dependencia.

Luego está el **ASSIST**, que también ha sido desarrollado por la OMS. Tiene 8 preguntas sobre el alcohol y otras drogas y que, aquí sí que tenemos claramente un “semáforo” que nos indica si una persona tiene un consumo de riesgo, de abuso perjudicial o si tiene una dependencia. Ha sido desarrollado para ser utilizado en atención primaria, pero funciona muy bien en otros ámbitos. Se utiliza mediante una entrevista y está validado en todo el mundo prácticamente. Es muy interesante porque le da al sujeto una tarjeta de respuestas donde el sujeto puede ver todas las sustancias potencialmente consumibles y abusables. Algunas de las preguntas que se hacen van encaminadas a saber qué tipo de sustancia consume el sujeto, a lo que ellos responde sí o no. Aunque son 8 preguntas, la verdad es que si no es un sujeto que haya experimentado muchas sustancias, la flexibilidad de esta herramienta permite que se acorten bastante los tiempos. El símil de los semáforos es porque se utilizan colores para definir los consumos en poco, moderado o alto. Es una herramienta que, además toma en cuenta las diferencias culturales, en el caso de España, en relación a la permisividad con el consumo de alcohol.

En conclusión, decir que estas herramientas son útiles para detectar de forma temprana consumos de sustancias en los adolescentes. Consejos para utilizar el cribado: no se debe utilizar un lenguaje estigmatizante, debemos adoptar un enfoque motivacional, la entrevista debe hacerse en privado sin la presencia de los padres, hacer énfasis en que la entrevista será confidencial y apenas se comentará con los padres el riesgo para la salud, aunque todo con permiso de los mismos. También es importante que los adolescentes estén sobrios en el momento de la entrevista, es decir, la salida de un botellón no es el mejor momento ni lugar para hacerlo. El estilo del terapeuta también es importante, así como la objetividad de las preguntas correctamente formuladas.

Después del cribado ¿qué deberíamos de hacer? Los resultados del cribado pueden ser la vía para comenzar conversaciones con los adolescentes del tipo

MESA REDONDA III

“¿te parece bien si comentamos los resultados juntos?”, “¿qué te han parecido los resultado?”. Si el semáforo no se ha puesto “rojo”, la intervención breve podría ser útil para que el adolescente tome conciencia de su consumo y lo reduzca. Recordando que la entrevista debe ser motivacional e intentando no derivar a un tratamiento si la situación o la persona todavía no lo demandan.

Desde la SET, muy sensibles a esta cuestión, un grupo de trabajo se ha puesto en marcha y lleva ya más de 20 cursos impartidos en todo el territorio nacional y más de 500 profesionales formado en esta temática y con unos resultados bastante satisfactorios.



Bartolomé Pérez Gálvez

EL ABORDAJE FARMACOLÓGICO DEL ADOLESCENTE DROGODEPENDIENTE

Dr. D. Bartolomé Pérez Gálvez

Psiquiatra

Unidad de Alcohología

Hospital Universitario de San Juan de Alicante

Muy buenas tardes. Agradezco a la SET su invitación para participar en esta Jornada y muy especialmente al Dr. Francisco Bueno y al Dr. Antonio Vidal.

En primer lugar debo decir que del **“Abordaje farmacológico del adolescente drogodependiente”** es un tema del que no hay casi nada de información escrita. Aún así os voy a intentar poner un poquito al día sobre lo que existe e intentar explicar también porque no hay nada.

Vamos intentar situarnos en lo general. Cuando hablamos de adicciones, la gente suele preguntar ¿por qué los jóvenes consumen más? Pues como ha explicado antes Bruno, la explicación tiene que ver con ese desfase entre el sistema límbico y la corteza prefrontal, por eso nos vamos a encontrar que la mayoría de los consumos de drogas empiezan en la etapa adolescente. ¿Por qué destaco esto?, para que luego en las conclusiones se pueda hacer una comparativa entre la gravedad del problema y la escasez de los recursos farmacológicos.

Sobre todo para los que trabajáis en prevención es fundamental que tengáis en cuenta que estamos hablando de un problema en una población en la que la zona reflexiva del cerebro, el lóbulo frontal, no ha madurado hasta los 22-25 años, y en cambio la zona límbica, impulsiva, sí ha madurada. Es decir, vamos a luchar contra impulsos muy fuertes con una capacidad de reflexión baja. Ese es un desfase que no hay que olvidar nunca en la población en la que estamos hablando.

Entrando ya en la materia que me ocupa: tratamiento farmacológico en adolescentes. En primer lugar, me gustaría destacar que más allá de lo farmacológico hay una amplia variedad de tratamientos psicosociales, pero la realidad es que los efectos, según algún metaanálisis, son moderados y

fragmentados, muy agudos digamos, muy limitados en el tiempo, con lo que va disminuyendo el efecto según pasa el tiempo. Somos conscientes de que se hace un buen trabajo pero que, en el mejor de los casos, va a tener una pequeña duración.

¿Para qué sirven los tratamientos farmacológicos en este contexto? Pues para mejorar los resultados que tenemos. No sustituyen, no solapan. Complementan. En la clínica es donde más se notan que debemos complementar todas las áreas y en el caso de los adolescentes, la carencia de esta complementación puede ser la culpable de los fallos.

La adolescencia es el rango de edad donde menor demanda de tratamiento hay. No porque no haya problema. Sino porque quizás no tienen síntomas todavía significativos, porque no utilizamos elementos de cribado adecuados, o simplemente porque no hay interés en detectarlo. Por lo tanto hay una baja demanda asistencial que en absoluto se relaciona con la prevalencia del problema. Por otra parte hay una gran complejidad desde el tema médico legal, y eso explica en parte el poco interés en desarrollar fármacos. Trabajar con menores acarrea una serie de complicaciones legales, relacionadas con los permisos de padres, de tutores que lo hace más complejo. Hay una explicación histórica también y es una gran resistencia a estigmatizar por parte del paciente y del personal sanitario. Asistimos desde hace ya muchos años a una excesiva psiquiatrización de la sociedad, podemos observar en el DSM-5 una serie de patologías que parecen incluidas para justificar el uso de fármacos. Y es cierto que a veces, el uso de fármacos estigmatiza y eso lleva a una resistencia que ocurre y que va llevar, como veréis, a que haya menos interés por los fármacos. ¿Cuál es la realidad? Hay una carencia casi absoluta de ensayos clínicos que utilicen población adolescente. Insisto, no por indicación, porque hay falta de pruebas de eficacia con respecto a que no haya ningún fármaco que funcione. No. Es que no hay estudios en población adolescente, que es una población muy singular, que tenga resultados específicos. En su mayoría los estudios que vemos son ensayos abiertos, de estudio de casos, pero ensayos clínicos, aleatorizados como marca y como exige la evidencia científica hay muy pocos y con muy pocos fármacos. Y cuando se realizan, nos encontramos que la muestra suele ser tan pequeña que realmente no nos permite en muchos casos encontrar diferencias significativas. Por lo tanto la realidad no es que no hay fármacos para adolescentes con adicción, la realidad es que no hay estudios con esta población y los poquitos que hay son de muestras tan pequeñas, que realmente no podemos concluir ni para delante ni para atrás.

¿Qué es lo que pasa entonces? Pues que estamos utilizando fármacos de adultos, cuando las etiologías son muy diferentes, donde el neurodesarrollo no tiene nada que ver, la neuroadaptación en cuanto al daño que provoca el tóxico es igual de distinta y la propia respuesta farmacológica también. Otra cosa también curiosa es que en cambio en esta población adolescente sí hay mucho interés en hacer ensayos clínicos de fármacos con patologías que suelen ser comórbidas y que tienen mucho que ver con el problema. Es decir, es muy llamativo y os pongo un ejemplo que enseguida vais a entender, la barbarie que se ha desarrollado para las personas con TDAH, la cantidad de ensayos clínicos que hay, la cantidad de estudios abiertos que hay. En cambio en esa misma población, la consecuencia final del problema de TDAH puede ser muchas veces el consumo de sustancias, no tiene ningún ensayo dirigido a la parte adictiva. Es decir, la población adolescente claro que es una población diana para los ensayos clínicos, pero en patologías psiquiátricas que no sean la propia adicción. A la hora de plantearnos los tratamientos que hay podemos coger un doble enfoque: qué fármacos han demostrado cierta eficacia, en cuanto al tipo de sustancia y en cuanto a la adicción (alcohol, opiáceos, cannabis...) en adolescentes y, lo que es mucho más interesante aunque tiene incluso menos evidencia, qué fármacos son útiles para la comorbilidad que se asocia, bien como causa bien como consecuencia del problema. Yo voy a hablar de la primera, de la sustancia, insisto brevemente que son los fármacos que hay, pero quiero dejar el mensaje de que la comorbilidad, la patología dual, es muy importante.

¿Qué tenemos de evidencias encima de la mesa? En primer lugar, con el alcohol, está la Naltrexona, no Nalmefeno. Con la Naltrexona hay estudios, desde uno pionero de hace 11 años, que es un estudio abierto con un pequeño tamaño muestral (5 casos) y algo característico de los ensayos clínicos y es que son ensayos “gringos”, y es lo limitado del seguimiento, unas pocas semanas, 12 como mucho, aunque eso es muy típico de los ensayos clínicos de drogas en general, es que son períodos de tiempo que no tienen nada que ver con la clínica. Bien, pues con este ensayo pionero se encontró una reducción, pero insisto, son solo 5 casos con un seguimiento corto. Más recientemente, se publica un estudio con población adulto-joven (18-25 años) con Naltrexona 25 mg con ese apoyo que se hace a demanda, lo llamativo es que no hay una reducción en cuanto a la frecuencia de consumo ni en cuanto a los días de consumo abusivo, aunque sí hay una reducción con respecto a la cantidad de consumo, los antagonistas opiáceos en alcohol consiguen eso: no disminuyen el craving ni disminuye la frecuencia, lo que disminuye es la cantidad en los momentos de consumo. Más actualmente lo que han hecho es un estudio siguiendo la misma línea, pero 12 meses después, y lo que se ha observado

MESA REDONDA III

es que efectivamente esos sujetos mantienen a 12 meses esa disminución y se percibe incluso después de haber dejado la Naltrexona. Son datos prometedores que teóricamente deberían de ayudar a ir avanzando en esta línea.

Otro tipo de fármacos es el Ondansetron, que es un clásico. Este fármaco se ha asociado a consumos del alcohol de inicio precoz, que en adolescentes parece ser, pero que son imposibles en la clínica habitual por el costo.

También está el Antabús (Disulfiram) que efectivamente parece que hay algún ensayo pequeño en adolescentes que orienta en la misma línea que los adultos.

En cuanto al cannabis la verdad es que no hay ningún fármaco. Yo he oído acerca de la utilidad de fármacos para esta droga como los antipsicóticos habidos y por haber, de antiepilépticos, sobre todo el aclamado Topiramato. Pero la realidad es que no hay ningún ensayo que nos diga que algunos de estos fármacos realmente funcionen. Por tanto esto en un punto de partida en cuanto a los adultos, pero insisto, no porque no haya ningún fármaco útil, que seguro que lo habrá, sino porque no hay investigación en esta línea. Ahora en adolescentes es curioso que el Topiramato, que no es la panacea como se decía, sí que ha tenido efectos. Pero el único ensayo que he conocido ha tenido una pérdida importantísima de sujetos por la baja tolerancia, ya que los efectos de este fármaco se notan mucho más en adolescentes. Lo que sí se han encontrado son resultados prometedores en la Epifisteína, ya que tiene cierto efecto en el sistema glutamatergico, provocando una disminución de las orinas negativas.

En cuanto a opiáceos, también hay muy poca cosa. Además aquí es muy confuso porque unos son en cuanto a desintoxicación, del tipo la Buprenorfina para desintoxicar en 28 días, que en Europa no se lleva mucho, ya que las probabilidades de desintoxicar a alguien sea adulto o adolescentes y que vuelva a reincidir son muy altas. Por otro lado, la Naltrexona parece que ha tenido también buenos resultados, pero vuelvo a insistir, seguimos hablando de muestras pequeñas. De todas maneras los tratamientos con agonistas opiáceos, en mi opinión habría que evitarlos con adolescentes y tiene su lógica, ya que tendríamos que estar hablando ya de consumos muy problemáticos a una edad tan temprana para que se justifique el uso de un agonista con programas de mantenimiento.

Y concluyo, para no marearos con datos, que hay cosas sueltas para la metanfetamina, aunque el único ensayo publicado hasta la fecha es del fármaco Bupropion tuvo resultados negativos. Pero el equipo que ha realizado el

MESA REDONDA III

estudio ha hecho lo correcto, que es que aunque los resultados hayan sido negativos, el estudio hay sido publicado igual.

Finalmente, quería transmitirnos unas **Conclusiones**:

Primera: Hay que pensar una cosa sobre las adicciones en adolescentes y es que tenemos una ventana entre las patologías psiquiátricas que se asocian. Muchos adolescentes consumen, pero no todos acaban con un problema de adicción, está claro que hay un grupo especialmente vulnerable: aquellos que ya tienen patologías psiquiátricas y no solo el TDHA, también trastorno afectivos, trastornos de ansiedad. Las sustancias pueden entrar como automedicación, que uno no busca pero que se encuentra. Se pueden disminuir hasta un 50% el problema de las sustancias si se interviene bien en esos grupos de edad. Tenemos una ventana entre los 10-15 años entre los que aparecen esas patologías previas y aparece la adicción.

Segunda: Llamar la atención sobre una incongruencia absoluta. No tiene lógica que tengamos una prevalencia en la sociedad cada vez más elevada o, cuando menos, podríamos decir que estable, pero que tengamos una prevalencia clínica baja, pero baja porque no está haciendo un cribaje ni una derivación, ya que en la sociedad y en la clínica se está banalizando el problema, que no tengamos un arsenal de material terapéutico, y que en cambio tengamos mucho interés en desarrollar fármacos en otras patologías. Es una incongruencia sobre la tenemos que trabajar.

Tercera: Este escaso interés en la justificación, yo creo que en todos los actos de drogas, en todos hasta que nos jubilemos, tenemos que repetir lo mismo: estamos fuera de la agenda. A mí me provoca un poco de lástima ver que el problema de drogas sigue estando ahí y que se esté intentado conseguir un voto del que fuma canutos. Que se siga enviando dinero público actos con campañas que publicitan el alcohol. Que se sigan banalizando, como decía, incluso desde los propios clínicos, o que en la escuela sea cada vez más difícil hacer una intervención preventiva porque hay muchas otras cosas que hacer antes.

Esta es la realidad y hay que trabajar con ello. En el caso concreto que me trae hoy aquí, insisto, no es que no haya fármacos, lo que no hay es ensayos clínicos sobre su utilidad, no hay suficiente evidencia científica. Por lo tanto falta ese interés por un problema que evidentemente es muy grave.



Bartolomé Pérez Gálvez



Abel Baquero Escribano

PATOLOGÍA DUAL EN ADOLESCENTES.

Dr. D. Abel Baquero Escribano

Psicólogo. Especialista en Patología Dual

Proyecto Hombre-Fundación Amigó Castellón de la Plana

Os voy a comentar, aunque Bruno y Bartolomé me han ayudado bastante, porque han tratado varios escenarios sobre los que yo voy a hablar, el enfoque de la patología dual en adolescentes. ¿Cómo planteo comentaros lo que es mi visión? Pues intentaré que sea una visión que recoja el paralelismo adecuado entre la ciencia, la investigación y lo que es la asistencia directa. Sé que es complicado, porque supongo que la mayoría provenís de perfiles muy diversos, aun así intentaré que os quedéis con un concepto global de la patología dual en adolescentes.

En la Patología Dual hay un concepto que para mí es muy importante y, por desgracia, es bastante común en este tema: el estigma. Cuando hablamos, cuando atendemos a familias, cuando se comenta en determinados ámbitos lo que es la patología dual, en un menor, en un menor que tiene hiperactividad y que consume cannabis, parece que existe un rechazo, la familia acude asustada, la escuela, la sociedad... Así que cuando leemos, cuando trabajamos en este tema es un aspecto que debemos tener siempre en cuenta, aunque tal vez en la literatura, en la ciencia directa no aparece específicamente. Pero, cuando trabajamos con la persona vemos que el estigma es un problema con el que hemos de lidiar.

Antes que nada, pensaba daros unas pinceladas globales de lo que es la evolución de la atención en salud mental en adolescentes. Es un campo relativamente reciente, donde el papel del menor empieza a conceptualizarse con el psicoanálisis, que le da relevancia clínica a la adolescencia y la infancia; con el paso del tiempo, se va evolucionando hacia un enfoque de la psicología más conductista y más educativa, manteniéndose así hasta hoy.

En el año 1935 aparecen las primeras publicaciones específicas, donde el menor se cataloga como una entidad clínica, como una persona que debe recibir una atención diferenciada del adulto. Se empieza a crear en los EE.UU. una red para dispensar salud mental a los menores, con un enfoque meramente educativo.

MESA REDONDA III

En España, a principios del siglo XX se crea el patronato de asistencia psiquiátrica diferenciando lo que es el menor, lo que es el adulto, y se empiezan a detectar sus necesidades claramente diferenciadas. Este enfoque educativo evoluciona hasta un enfoque sanitario en el Estado de la Autonomías, y lo que más nos repercute a nosotros es que cada vez existe una mayor individualización en lo que es la atención a los adolescentes desde un enfoque cognitivo, desde un enfoque conductual, se empiezan a ver unidades de psiquiatría infantil, de psicología infantil. Empiezan a ver, como comentaba Bartolomé, algunas experiencias en farmacología en el menor.

La visión más presente en la actualidad, que yo siempre defiendo, es la neuropsicológica, que tenga siempre presente el desarrollo neuroemocional que tiene el adolescente, el niño, porque va a determinar en gran medida la intervención. No podemos ofrecer al adolescente una información que no va a ser capaz de procesar por cuestiones meramente biológicas que van a impedir que pueda hacer ese aprendizaje, ese cambio que en un adulto puede funcionar con mejor pronóstico. Si clasificamos la realidad de los adolescentes en la salud mental, podemos encontrar muchas clasificaciones, algunas que me resultan curiosas como trastornos de psicología, trastornos de psicología más interna, relacionadas con ansiedad, timidez, etc., otras en factores más externos, la agresividad, la desobediencia, etc, pasando por el DSM-5 o el CIE-10.

Hay una clasificación que me parece bastante adecuada, que guarda relación con el curso cronológico y evolutivo de la adolescencia, que diferencia entre los que son menores, y los que estarían catalogados más como adultos jóvenes, o adolescente-adulto, estos últimos personas que con 17-18 años no cumplían criterios de edad pero que se les atiende, pero tienen una funcionalidad aun preadulta. Yo diferenciaría en tipos de trastorno, que en menores hay más prevalencia, que son trastornos como el TDAH, espectro autista, conductas alimentarias; y ya en el adulto joven, tal vez no encontremos ya todos esos criterios diagnósticos, pero sí que encontramos síntomas que pueden ser representativos o que indican que se está desarrollando un posible trastorno de personalidad, bastante prevalencia del trastorno límite, esquizofrenia, trastornos del estado del ánimo tipo bipolaridad, y encontraríamos más síntomas de los que se pueden encontrar en un adulto. Creo que esta diferenciación ayuda bastante a diferenciar lo que es la realidad, el escenario cronológico en el que nos planteamos también la intervención y los síntomas que podemos encontrar para trabajar con ellos.

Entendemos lo que es la patología dual como la confluencia de una enfermedad mental y el consumo de sustancias. Podemos hablar largo y tendido de si la enfermedad mental va primero, el consumo de sustancias provoca la enfermedad, etc. Es un debate que no es pertinente ahora pero que hay que tener en cuenta es que es una realidad grave, el hecho de tener una enfermedad mental grave y un consumo de sustancias es una realidad asistencial que va a requerir recursos, que va a requerir mucha atención y donde el pronóstico es a veces desconocido y no muy favorable.

Yo creo que cuando hablamos de patología dual hay que diferenciar lo que son sustancias y lo que son problemas psicopatológicos o trastornos mentales, y tenemos que estar un paso por delante de la realidad, porque creo que todos solemos ir un paso por detrás. Es complicado detectar a veces nuevas sustancias, nuevos patrones de consumo, realidades clínicas que a veces desconocemos y nos encontramos en la consulta o en el dispositivo donde trabajamos; por desgracia en internet tenemos un escenario donde encontrar infinidad de sustancias, de experiencias de adolescentes que las comparten y se pueden detectar y a veces, o a mí me pasa, te ayudan a conocer patrones de consumo, variedades de marihuana, subtipos de anfetaminas, que a veces son totalmente desconocidos. Yo creo que cuando hablamos de adolescentes y patología dual aparecen tipos de sustancias, metanfetamina, cocaína, pero la mayor prevalencia de consumo, hablo de mi realidad, la encontraríamos en el consumo de alcohol o de THC. A veces nos sorprende el patrón de consumo de alcohol, métodos como el consumo por vía ocular, son cuestiones que aquí nos suenan un poco lejos pero que aparecen en la literatura y que en otros países se empieza a dar, tal como el consumo de botellón, que hace un tiempo era un fenómeno hasta gracioso en los medios de comunicación, ahora es una realidad más que normalizada, instaurada y como se ha dicho, subvencionada por patrocinadores. Hablamos de otra realidad, que principalmente es el consumo de THC, yo creo que aquí hay que hacer una diferenciación en los últimos años con adolescentes se incrementa bastante el consumo de marihuana, desciende bastante de consumo de resina de hachís y se produce un incremento de los llamados cannabinoides sintéticos, que algunos adolescentes compran principalmente a través de internet muy asequible, con un anonimato absoluto y que incluso te llega a tu domicilio y que realmente no conocemos el efecto que a largo plazo pueden provocar. A esto hay que añadirle nuevas formas de consumo, tipo inhaladores, vaporizadores, técnicas de consumir con frutas, con alimentos, etc. Nos encontramos entonces con que en el cerebro del adolescente hay un trastorno por consumo de cannabis y progresivamente aparecen otros trastornos mentales como puede ser un consumo de cannabis asociado a

MESA REDONDA III

episodios psicóticos, que con el tiempo pueden desembocar en algún tipo de esquizofrenia.

Es complicado encontrar estudios que hablen de adolescentes y patología dual, yo prácticamente no he encontrado ninguno para daros datos. He encontrado estudios de atención en urgencias, menores que refieren consumo de sustancias, episodios a veces muy graves en urgencias hospitalarias, que es el primer filtraje de persona que acude a pedir ayuda.

Como os decía antes, vamos a ver un poco lo que son las patologías más comunes en el adulto joven y a continuación las veremos en el menor. En el adulto joven, encontramos principalmente trastornos por el abuso de esquizofrenia, no se suelen encontrar adolescentes con trastorno grave, es complicado de encontrar, pero sí que vemos a personas que presentan delirios, problemas psicóticos graves, con un componente psicótico-afectivo que, por desgracia, cuando hacemos un seguimiento a largo plazo en la consulta, vemos que sí que ha desembocado en un subtipo de esquizofrenia más diferenciado. Encontramos principalmente trastornos psicóticos sobre todos relacionados con consumo de cannabis o con consumo de cocaína también, en puertas de urgencia. También encontramos trastornos por estado de ánimo, no depresiones adultas, no depresiones graves, pero sí ánimos subdepresivos asociados bastante al consumo de alcohol, de cannabis. También hay una depresión en el adulto joven, lo que llamamos una depresión agitada, personas con un estado de ánimo de mayor reactividad, más agresividad, más violencia verbal, pero son síntomas de un desánimo y estos adultos jóvenes sí que tienen una sintomatología más prototípica de una labilidad emocional, decaimiento y abandono de las actividades cotidianas. También encontraríamos trastornos bipolares, no graves, pero sí que encontramos adolescentes maniformes, con cambios de ánimo bruscos y que se acompañan bastante de este consumo de sustancias. Yo por experiencia y lo que más encuentro en la literatura es un porcentaje bastante amplio de rasgos, de síntomas de trastorno límite de personalidad (TLP) sin configurar el trastorno, pero sí que encontramos personas con problemas de identidad, de sobre dimensión de las emociones, de consumo de cannabis, que a veces pueden llegar a configurarse en un TLP grave. También volver a repetir lo que se ha dicho esta tarde, la importancia del lóbulo frontal, que tiene una notable hipofuncionalidad en estos pacientes.

Cuando pasamos a menores, y hago hincapié en esto, hay que pararse a preguntar, no decir directamente, pues este niño tiene hiperactividad, hay que tener en cuenta los hitos evolutivos, la socialización, la organización fóbica, etc. Aspectos que nos indicarán desde cuando comienza a haber

una disfuncionalidad en el adolescente si es que la hay, o desde cuando encontramos alguna particularidad que nos ayude o que nos encamine hacia donde puede ir el diagnóstico, el tratamiento farmacológico, la atención, la derivación, o la intervención que vamos a hacer con estos menores.

Ya en menores encontramos una prevalencia, ya sea por el gran número de estudios que hay o intereses de la industria farmacológica, son menores con hiperactividad, menores que consumen bebidas energéticas con hiperactividad, y es importante conocer también qué es la hiperactividad, saber si estamos diagnosticando o estamos siguiendo una moda. Encontramos pues diferencias, personas que tienen una hiperactividad más conductual, otras que tienen una cierta impulsividad que se diagnostica como hiperactividad. Esto es un escenario diagnóstico que tenemos que tener bastante presente. Hablando de práctica profesional, yo sí que he encontrado adolescentes con diagnóstico de hiperactividad, pero que cuando pasan cinco o seis años no existe ninguna manifestación de hiperactividad, pero sí que existe una problemática de consumo de cocaína y unos síntomas de tipología más maníaca, más límite.

También encontramos bastantes menores, con un trastorno negativista desafiante que yo creo o que está hiperdiagnosticado. Aunque sí que existen casos de menores donde se observa esta predisposición antisocial y similares, pero aun así en mi opinión es un escenario que está hiperdiagnosticado.

En España no tanto, pero en los EE.UU. hay muchos estudios sobre la comorbilidad entre el consumo de alcohol y el espectro autista, también relacionados con las conductas alimentarias o con el TLP.

Si hablamos de patología dual, también tenemos que pararnos en algunos escenarios que yo de una manera gráfica plasmo y que me parecen muy significativos. El papel de la familia, que plantea interrogantes como:

¿Por qué no acuden los menores a consulta?

¿Por qué la familia no se implica en el tratamiento?

¿Existen en la familia antecedentes por trastorno mental?

¿Existen antecedentes de consumo de sustancias?

Así nos encontramos con familias que son predisponentes, precipitantes o mantenedoras. Y es una realidad que tenemos que tener presente en la intervención saber trabajar con la familia y tener presente el papel que va a desempeñar la familia en la génesis del trastorno, en el desarrollo y en la posible intervención que nos planteamos. También la escuela, si pensamos en el día a día del menor, más de un tercio de su tiempo lo pasa en el colegio,

por eso el importante el papel que desempeña la escuela, como factor de protección, como factor de desarrollo, como factor de prevención, como factor de estigmatización de determinados mensajes, de determinados trastornos en esa patología dual, o en el posible desarrollo de esa patología.

Para ir concluyendo, **¿de qué hablamos cuando hablamos de patología dual en adolescentes?** Hablamos de un curso clínico mucho más rápido y mucho más grave que en los adultos. Hablamos de más complicaciones, de sujetos que tal vez no tengan criterios de dependencia de una sustancia, pero que tienen abusos muy frecuentes y muy graves y eso conlleva a problemas de salud mental, a tener episodios psicóticos, a la salud física, intoxicaciones etílicas, etc.

¿De qué hablamos?

Hablamos de una intervención multimodal que comprende una farmacoterapia, una intervención cognitivo conductual, racional-emotiva, educativa, donde diferentes actores estemos presentes en este tratamiento.

¿De qué hablamos también?

Hablamos de tasas de prevalencia, según algún estudio, tasas que van desde el 76% en uno un poco antiguo, a tasas del 25% que quizás son más reales, la mayoría de ellos en puertas de urgencias.

Y por último, ¿De qué hablamos?

Pues realmente a los menores con patología dual tenemos el conocimiento para atenderlos, existen las herramientas, se realiza un cuidado asistencial, existen profesionales, existe un protocolo de detección y de intervención, aunque lo que no he encontrado son estrategias de prevención validadas y evaluadas. Debemos también reformular los criterios de los trastornos mentales, de los trastornos por consumo de sustancias, adaptándolos a la realidad de los menores, a la realidad de los adolescentes debido a sus diferencias neurobiológicas con los adultos.

Finalmente, la pregunta que me planteo es si hemos llegado tarde. Estamos viendo que cada vez hay más personas que acuden a dispositivos buscando tratamientos, y que empezaron a consumir a los 16 años, a los 14 años o incluso a los 12 años, y los ves al cabo de 8 o de 10 años sin pasar ningún tipo de tratamiento ni de atención, o, lo más preocupante, que habiendo tratamiento y atención no se haya sabido adaptar a su realidad, no se hayan sabido interpretar sus problemas anímicos, o detectar sus rasgos TLP que han configurado en el desarrollo de esa patología.



Abel Baquero Escribano

