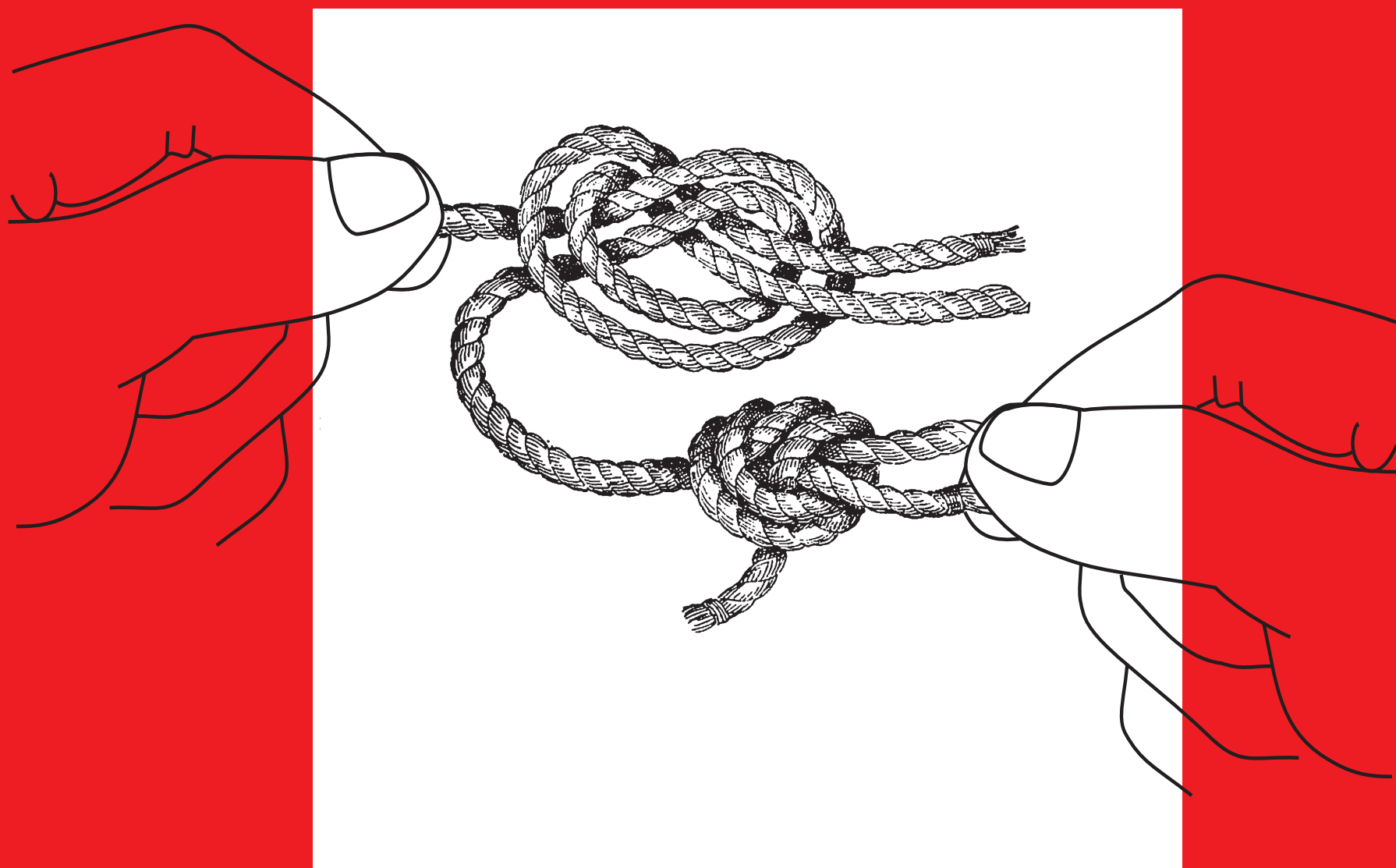


POLÍTIQUES PÚBLIQUES DE DROGODEPENDÈNCIES I ALTRES TRASTORNS ADDICTIUS A LA COMUNITAT VALENCIANA ■ DEPENDÈNCIA DE COCAÏNA I ALCOHOL ■ ABUSO DE ALCOHOL Y ADOLESCENCIA: UN PROBLEMA DE SALUD ■ CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE EL PERIODO DE GESTACIÓN Y LA LACTANCIA ■ FAMÍLIA MÉS COMUNICACIÓ ÉS IGUAL A PREVENCIÓ DE LES ADDICCIONS ■ LA INFORMACIÓ EN LOS MEDIOS, ¿UNA OPORTUNIDAD PARA LA PREVENCIÓN? ■ TECNOLOGÍAS Y JUEGO: UN RIESGO PARA LA ADICCIÓN

viure en **SALUT** **98** octubre 2013



Addiccions

viure en SALUT

EDITA
Direcció General de Salut Pública.
Conselleria de Sanitat. Generalitat

COORDINADORS
Valentín Esteban Buedo i
Joan Quiles i Izquierdo

EDITOR TÈCNIC
Javier Parra Gasent

ASSESSORAMENT LINGÜÍSTIC
Servei de Gestió Administrativa
Secretaria General Administrativa. Subsecretaria
Conselleria de Sanitat

COORDINADORA CIENTÍFICA DEL MONOGRÀFIC
María Jesús Mateu Aranda

COL·LABORADORS DEL MONOGRÀFIC
Francisco Alcantud Marín, Yurena Alonso
Esteban, M.^a Jesús Álvarez Pascual, Leonor
Cano Pérez, Mariano Chóliz Montañés,
José Luis Furió Vidal, Carmen Gimeno Escrig,
Consuelo Guerri Sirera, Eva Mora Sáez,
Francisco Núñez-Romero, Pilar Paricio Esteban,
Pilar Sanfeliu Aguilar, Fortunato Tàpia Cascales,
Sofía Tomás Dols, Àngel Vallés Lorente i
Francisco Verdú Asensi.

IMPRESSIÓ I FOTOCOMPOSICIÓ
Grafo Impresores SL

DISTRIBUCIÓ
Meydis

DIPÒSIT LEGAL
V-1063-1988

ISSN 1888-6833

**Inclosa en el directori de
publicacions seriades LATINDEX**

VIURE EN SALUT s'envia gratuïtament a tots els col·legis, ajuntaments i centres sanitaris de la Comunitat Valenciana. També es trameta a les associacions, entitats o persones que ens ho sol·liciten.

Agraïm que se'ns comunicara qualsevol anomalia observada en la recepció, per tal de corregir-la, i també els canvis de domicili.

La Conselleria de Sanitat, entitat editora de VIURE EN SALUT, no s'identifica necessàriament amb les opinions expressades pels redactors i col·laboradors de la publicació.

VIURE EN SALUT autoritza la reproducció dels seus textos, sempre que se'n cite la procedència. Alhora, demanem que ens feu arribar dos exemplars de la publicació on s'inclouen els seus continguts.

Us convidem a fer una revista cada vegada més vostra. No dubteu a donar-nos la vostra opinió sobre la revista, expressar el vostre acord o desacord amb els articles d'opinió que hi apareixen, aportar suggeriments, plantejar dubtes o peticions, etcètera. Esperem les vostres aportacions.

Adreceu-vos a:

Direcció General de Salut Pública
Servici de Promoció i Protecció de la Salut

Avinguda de Catalunya, 21
46020 València
961 92 57 92
viure_salut@gva.es



VS 97
**Malalties rares,
informació freqüent**



VS 94
**Salut
laboral**



VS 91
**Dades de la nutrició a la
Comunitat Valenciana**



VS 96
**Educació per a
la salut 2.0**



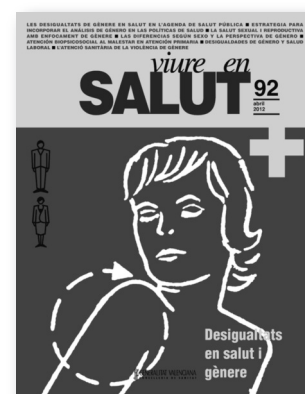
VS 93
**Infeccions de
transmissió sexual**



VS 90
**Salut bucodental
en edat infantil**



VS 95
**Trastorns
musculoesquelètics**



VS 92
**Desigualtats en
salut i gènere**



VS 89
**Seguretat
alimentària**

SUBSCRIPCIÓ GRATUÏTA

Per a subscriure's a VIURE EN SALUT cal comunicar les dades demanades, per a la qual cosa es pot utilitzar qualsevol d'estos mitjans: correu postal, correu electrònic o telèfon. També es pot fer una subscripció en línia en la web de la Direcció General de Salut Pública: www.sp.san.gva.es

- 1 Nom i cognoms
- 2 Domicili
- 3 Localitat
- 4 Província
- 5 Codi postal
- 6 Telèfon
- 7 Correu electrònic
- 8 Data de naixement
- 9 Professió

Adreça postal

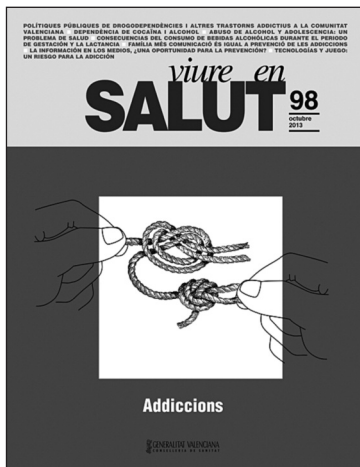
Direcció General de Salut Pública
Servei de Promoció i Protecció de
la Salut
Avinguda de Catalunya, 21
46020 València

Correu electrònic

viure_salut@gva.es

Telèfon

961 92 57 92



Sumari **vs 98**

	últimes pàgines
2	Últims números publicats
	editorial
3	
	informe
4	Polítiques públiques de drogodependències i altres trastorns addictius a la Comunitat Valenciana SOFÍA TOMÁS DOLS, LEONOR CANO PÉREZ, FRANCISCO VERDÚ ASEÑSI I M.ª JESÚS ÁLVAREZ PASCUAL
6	Dependència de cocaïna i alcohol. L'enfocament des de les Unitats de Conductes Addictives CARMEN GIMENO ESCRIG, EVA MORA SÁEZ I JOSÉ LUIS FURIÓ VIDAL
9	Abuso de alcohol y adolescencia: un problema de salud CONSUELO GUERRI SIRERA
11	Consecuencias del consumo de bebidas alcohólicas durante el periodo de gestación y la lactancia FRANCISCO ALCANTUD MARÍN Y YURENA ALONSO ESTEBAN
13	Família més comunicació és igual a prevenció de les addiccions ÁNGEL VALLÉS LORENTE I FORTUNATO TÀPIA CASCALES
15	La información en los medios, ¿una oportunidad para la prevención? Análisis del tratamiento de las drogodependencias en revistas dirigidas a jóvenes y adolescentes y prensa de información general en España (junio-diciembre 2012) PILAR PARICIO ESTEBAN, FRANCISCO NÚÑEZ-ROMERO Y PILAR SANFELIU AGUILAR
17	Tecnologías y juego: un riesgo para la adicción MARIANO CHÓLIZ MONTAÑÉS
	recursos
19	Materials temàtics

Quan se li va plantejar a la Direcció General d'Assistència Sanitària-Servici de Drogodependències la realització d'este monogràfic, de temàtica tan àmplia i diversa, van sorgir alguns dilemes i també oportunitats que van ser resoltes conforme va avançar el procés d'edició. Un primer tema a resoldre va ser la selecció dels continguts a incloure en este. Tot era molt important per a informar el lector sobre les addiccions i la seua prevenció, per la qual cosa establir prioritats comportava un alt nivell de dificultat, i es va arribar a la conclusió que el més operatiu era aproximar els continguts a les principals necessitats pràctiques que el lector poguera tindre en este complex tema. Junt amb això, semblava adequat presentar resultats de treballs científics, junt amb la teoria i la pràctica de les polítiques de drogodependències i altres trastorns addictius que la Generalitat realitza des de fa quasi tres dècades a la Comunitat Valenciana. En estos aspectes es va centrar finalment l'atenció a l'hora de determinar els continguts inclosos en esta monografia.

Amb este número, VIURE EN SALUT pretén acostar al lector continguts teòrics, pràctics i científics que li ajudaran a millorar el seu coneixement sobre els centres i servicis que la Generalitat posa a la seua disposició, tant en l'àmbit de la prevenció com en el del tractament d'una addicció. També es busca informar sobre els enfocaments de tractament farmacològic i terapèutic, així com sobre les estratègies preventives que poden evitar l'aparició de noves addiccions o el retard de l'edat d'inici en el consum de drogues. D'altra banda, els treballs científics recollits en estes pàgines ampliaran el coneixement del lector sobre el perill potencial de noves addiccions, com les tecnologies o els jocs d'atzar, els danys cerebrals per consum de drogues en els adolescents o el tractament que els mitjans de comunicació escrita (revistes i premsa general) atorguen al consum de drogues, com a elements que poden influir en la percepció que els ciutadans desenrotllen en relació a la temàtica que ens ocupa. Finalment, no es pot deixar d'assenyalar la importància que la família té quan esta desplega les seues pautes educatives, tant en el procés de prevenció com en el de tractament.

No era possible tancar este monogràfic sense incloure de forma especial la preocupació pel reforç de les polítiques de prevenció sobre l'alcohol, per ser una de les primeres substàncies de consum entre els adolescents, com així ho indiquen les últimes enquestes realitzades. En concret, per les conseqüències que té per a la salut o el perill potencial que el seu consum suposa per als adolescents i, en particular, per a les dones en edat de gestació o lactància. Les drogues, enteses com a substàncies químiques a l'ús, generen més del 90 % dels problemes actuals de les addiccions; no obstant això, les noves tecnologies i els jocs d'atzar comencen a crear problemes semblants a les addiccions a substància química.

És imprescindible agrair el treball realitzat pels autors per a este número i ara és el torn del lector. En les seues mans està la valoració final sobre els continguts d'este monogràfic.

Polítiques públiques de drogodependències i altres trastorns addictius a la Comunitat Valenciana

SOFÍA TOMÁS, LEONOR CANO, FRANCISCO VERDÚ i MARÍA JESÚS ÁLVAREZ

Un dels principis rectors de la legislació valenciana sobre drogodependències és la consideració, a tots els efectes, de les addiccions com a malalties comunes. El tractament de les addiccions ha de ser individualitzat i ha d'atendre adequadament les necessitats o problemes específics de cada persona, tractant amb la mateixa intensitat tant l'aspecte físic com el psicològic i social que els pacients i els seus familiars puguen necessitar. Així mateix, un altre dels principis rectors és la consideració prioritària de les polítiques i actuacions preventives en matèria de drogodependències i altres trastorns addictius.

El marc normatiu a la Comunitat Valenciana ve establert en el Decret Legislatiu 1/2003, d'1 d'abril, del Consell, pel qual s'aprova el text refós de la Llei sobre drogodependències i altres trastorns addictius, en què s'establixen i regulen un conjunt de mesures i accions encaminades a la prevenció, assistència, incorporació i protecció social de les persones afectades tant per l'ús i/o abús de substàncies que poden generar dependència com per altres trastorns addictius.

Un dels principis rectors de la legislació valenciana sobre drogodependències és la consideració, a tots els efectes, de les addiccions com a malalties comunes i, per tant, l'obligació de ser tractades com qualsevol altra malaltia. A la Comunitat Valenciana, la creació de les unitats de Conductes Addictives (UCA) va suposar la normalització de l'assistència sanitària per al tractament de qualsevol tipus de malaltia addictiva dins del sistema sanitari públic, i per tant accessible i gratuïta. En este sentit cal destacar l'Orde de 7 de juliol de 1997, de la Conselleria de Sanitat, per la qual es creen les Unitats de Conductes Addictives, que es configuren com unitats de suport als equips d'atenció primària i com unitats de referència assistencial per al tractament de dependència a qualsevol tipus de droga o conducta addictiva dins de l'àrea de salut en què radique. Són, doncs, els recursos primaris de l'atenció sanitària al malalt drogodependent o altres trastorns addictius.

Quina és la situació actual a la Comunitat Valenciana?

L'indicador de demanda d'admissió a tractament és el que ens mostra les tendències de consum a la Comunitat Valenciana. Segons estes dades, en els últims 10 anys més de 115.000 persones han sol·licitat iniciar el tractament ambulatori de deshabitació.

En 2012, la demanda d'admissió a tractament més freqüent va estar l'alcohol, on 4.000 persones van acudir a les UCA, el que significa un 34% del total de demandes; quant a substància de consum, la cocaïna va ocupar el segon lloc, amb més de 2.600 sol·licituds d'ajuda; li segueix el tabac, amb quasi 2.000; l'heroïna, que encara que el seu consum ha decregut notablement, continuen sol·licitant tractament més de 1.800 persones; i, finalment, el cànnabis, que amb un creixement continuat des de 2003, s'han sol·licitat més de 1.500 demandes.

Encara que si bé és cert que la tendència de consum ha disminuït en un 10%, segons l'indicador analitzat, caldria ser cauts i esperar que es confirme eixa tendència en els pròxims anys.

Marc assistencial

El tractament de les addiccions ha de ser individualitzat i ha d'atendre adequadament les necessitats o problemes específics de cada persona, tractant amb la mateixa intensitat tant l'aspecte físic com el psicològic i social que els pacients i els seus familiars puguen necessitar. Des de la Direcció General d'Assistència Sanitària-Servici de Drogodependències s'oferix un ampli ventall de recursos per a donar resposta als problemes de les addiccions. S'actua en uns quants fronts, que van des de la prevenció a l'assistència, i de la reducció de danys a l'atenció als drogodependents amb problemes juridicopenals, inclòs el suport a associacions d'autoajuda.

En el marc assistencial la porta d'accés al sistema públic se situa en les 38 UCA que hi ha a la Comunitat Valenciana, que estan ordenades territorialment i distribuïdes en els departaments de salut que componen el mapa sanitari. És en estes unitats d'atenció primària on s'atén i es tracta el pacient drogodependent o amb altres trastorns addictius, per a posteriorment, d'acord amb les necessitats del seu procés terapèutic i rehabilitador, derivar-los a altres recursos més adequats.

Com es pot accedir a una UCA?

Qualsevol persona que tinga una addicció pot directament contactar amb la seua UCA de referència, és a dir, la més pròxima al seu domicili, i sol·licitar una cita per a ser atés. Lògicament, si és el seu metge de capçalera o qualsevol especialista el que diagnostica el problema, seran estos els encarregats de derivar el malalt a la UCA, amb el procediment habitual.

En estos moments, dins d'esta xarxa assistencial, la Conselleria de Sanitat compta amb un circuit terapèutic per a l'atenció de drogodependències i altres trastorns addictius a la Comunitat Valenciana. El circuit esta integrat per una sèrie de centres sociosanitaris degudament autoritzats, d'acord amb la normativa autonòmica, que permet un procés terapèutic continuat de desintoxicació, deshabitació i integració social a través de l'acció coordinada dels recursos integrats en la xarxa sanitària pública.

Unitats de Desintoxicació Hospitalària

Són unitats específiques situades en determinats

hospitals on s'inicia el procés de desintoxicació de pacients que per la gravetat del consum o per problemes físics, psíquics o socials no poden realitzar este procés de forma ambulatoria. En l'actualitat hi ha cinc unitats, que cobrixen la demanda de les tres províncies. La seua finalitat, per tant, és abordar la desintoxicació de substàncies addictives amb la màxima garantia per al pacient i que puga prosseguir el seu tractament en la seua UCA després de l'alta hospitalària.

Comunitats terapèutiques

Són centres que, en règim d'internament, realitzen tractaments de deshabituació, rehabilitació i reinserció, per mitjà de teràpia farmacològica, psicològica i ocupacional, i promouen la participació activa dels pacients per un temps determinat a fi de facilitar la seua incorporació social. En estos moments existixen 162 places públiques.

Vivendes tutelades

Són recursos residencials de tipus convencional, que estan supervisats per personal tècnic, on es du a terme una intervenció psicosocial i educativa dirigida a recolzar el tractament durant el procés evolutiu del pacient. En estes vivendes es conviu de forma autosuficient, de manera que els interns, d'acord amb la seua evolució, assumixen funcions pròpies del seu manteniment. El seu objecte és aconseguir el major grau d'autonomia personal i de convivència dins d'un ambient normalitzat. Estan situades preferentment en nuclis urbans. Actualment hi ha 24 places de vivenda.

Centres de dia

L'assistència es fa en règim ambulatori. Realitzen tractaments de deshabituació, rehabilitació i reinserció per mitjà de teràpia psicològica, formativa i ocupacional, i promouen la participació activa. Es deriven als centres de dia aquells pacients que per la seua situació familiar o personal es consideren més adequats per a este tractament de dia que per a l'internament. En l'actualitat, hi ha 730 places d'atenció a la Comunitat Valenciana.

Centres d'Intervenció de Baixa Exigència (CIBE)

La reducció de danys s'aborda des de estos centres, que es conceben com "ponts" entre els pacients refractaris al tractament i els recursos assistencials normalitzats. Es pretén oferir al pacient tot allò que puga cobrir les seues necessitats més bàsiques, incidint de forma especial en l'educació sanitària i el suport psicosocial, sense descuidar les estratègies per a la seua captació i derivació a recursos més normalitzats.

Unitats de Valoració i Suport a Drogodependents (UVAD)

Les UVAD són les responsables de l'atenció a les persones amb problemes judicials derivats de la seua conducta addictiva. La seua funció consistix en l'assessorament i suport a l'Administració de Justícia (òrgans jurisdiccionals i forces d'ordre públic), incloent-hi l'atenció directa al detingut drogodependent en jutjats, perquè l'aplicació de les mesures de seguretat previstes en la llei penal siguen les més adequades, així com tractar d'aconseguir un procés de deshabituació, atés que és la seua addicció la que ha provocat la comissió de l'acte il·lícit.

Així mateix, i a través de subvencions, s'impulsen associacions d'autoajuda, fonamentalment

d'exalcohòlics, al considerar que després de la deshabituació l'associació és el reforç més important per a la seua abstinència.

Marc preventiu

La prevenció del consum de drogues és un objectiu de les polítiques de salut de les administracions públiques des de fa més de quatre dècades. En este sentit, la Conselleria de Sanitat ha aplicat diferents formes d'abordatge del consum de drogues, a través de polítiques i programes desenrotllats en diversos àmbits d'intervenció. I de forma concreta, complint les directrius establides pel Pla Nacional sobre Drogues, atenent els canvis emergents del consum de drogues i la idiosincràsia de la població de la Comunitat Valenciana.

Què entenem per prevenció del consum de drogues?

Podria dir-se que és el "conjunt d'actuacions encaminades a eliminar o modificar els factors de risc i a fomentar factors de protecció davant del consum de drogues, o d'altres conductes addictives, amb la finalitat d'evitar que estes es produïsquen, es retarde el seu inici, o bé, que no es convertisquen en un problema per a la persona o el seu entorn social". Actuacions que han anat evolucionant gràcies als treballs d'investigació que han avaluat l'eficàcia i efectivitat de les distintes mesures i programes aplicats.

La Direcció General d'Assistència Sanitària, a través del Servei de Drogodependències, és la que s'ocupa de la planificació i coordinació de les polítiques i estratègies que es desenrotllen a la Comunitat Valenciana per a la prevenció de drogodependències i altres trastorns addictius.

Què són les estratègies de prevenció de les drogodependències?

Són un conjunt d'actuacions dirigides a reduir els factors de risc associats al consum i abús de substàncies i a enfortir els factors de protecció enfront d'estes conductes. Estos factors s'agrupen en dos blocs: un referit a les condicions de l'ambient o entorn on es produïx el consum i un altre a les característiques individuals de les persones que determinen com es respon als dits entorns.

Quantes classes d'estratègies s'utilitzen en la prevenció de les drogodependències?

Les estratègies adopten diferents criteris segons l'enfocament utilitzat, l'àmbit en què s'aplica o la població a qui es dirigix. Per això, es parla de tres nivells de prevenció: la prevenció universal, que es dirigix a tot el grup diana sense distinció; la prevenció selectiva, que es dirigix a un subgrup de la població diana que té un risc major de ser consumidors que la mitjana de les persones d'eixa edat (grups de risc); i la prevenció indicada, dirigida a un subgrup concret de la comunitat, que solen ser consumidors o que tenen problemes de comportament, es dirigix, per tant, a individus d'alt risc.

Entre les estratègies universals assenyallem els programes "Previndre per a viure" i "Órdago", aplicats a població escolar en les diferents etapes educatives (Educació Primària i Educació Secundària Obligatoria). Les estratègies dirigides a la família, entre elles els programes "Aprendre a comunicar" i "Aula virtual en família", els objectius dels quals es dirigixen a l'entrenament

en tècniques de comunicació i habilitats parentals de gestió familiar respecte a la conducta dels seus fills.

Quant a les estratègies selectives assenyallem, entre altres, el programa de prevenció selectiva de drogodependències per a jòvens "Mira't", dirigit a jòvens infractors de la normativa sobre drogues i a alumnes amb problemes acadèmics, i "Prevenció del consum d'alcohol durant l'embaràs i la lactància", amb enfocament de gènere.

Les estratègies de prevenció enumerades utilitzen per a la seua aplicació en l'aula almenys dos modalitats: la presencial, impartida pel docent amb suport de professionals de la prevenció, i la modalitat en línia, que amb el seu format de noves tecnologies de la qual exigix ser tutoritzat bé per docents o per altres professionals.

Gran part de les estratègies de prevenció universal, en concret les dirigides a la població escolar i la familiar, es desenrotllen en coordinació amb la Conselleria d'Educació, Cultura i Esport.

Qui aplica les estratègies de prevenció a la Comunitat Valenciana?

L'aplicació de les estratègies de prevenció es realitza en col·laboració amb les administracions locals a través de la Unitat de Prevenció Comunitària en Conductes Addictives (UPCCA). Es tracta d'un servei de titularitat municipal, autoritzat per la Direcció General d'Assistència Sanitària, de la qual rep suport tècnic i econòmic. A través del Pla Municipal de Drogues —marc d'actuacions ordenat de les polítiques sobre drogues en l'àmbit territorial del municipi—, la UPCCA desenrotlla les seues competències en prevenció en el marc de coordinació de la Conselleria de Sanitat. Oferix, a més, les vies de coordinació necessàries amb la resta de recursos comunitaris (serveis socials, educació, joventut i altres) que permeten donar resposta a la demanda i necessitats de la ciutadania, objecte de protecció en esta matèria. Este servei pot tindre un àmbit d'actuació local (un sol municipi) o donar servei a uns quants ajuntaments (municipis mancomunats). Actualment hi ha una xarxa local de més de 70 UPCCA per al desenrotllament de polítiques de prevenció en l'àmbit de la Comunitat Valenciana. D'elles, 13 oferixen un servei mancomunat i la resta atenen un sol municipi (amb població mínima de 20.000 habitants). La creació de la dita xarxa la va iniciar la Conselleria de Sanitat a finals dels anys noranta, el seu desenrotllament ha continuat fins a l'actualitat i oferix serveis de prevenció a 240 municipis.

Sofía Tomás Dols

Leonor Cano Pérez

Francisco Verdú Asensi

M.ª Jesús Álvarez Pascual

Direcció General d'Assistència Sanitària-Servei de Drogodependències.

Dependència de cocaïna i alcohol

L'enfocament des de les Unitats de Conductes Addictives

CARMEN GIMENO, EVA MORA I JOSÉ LUIS FURIÓ

Les Unitats de Conductes Addictives són el lloc de referència des d'on projectar els plans individuals de tractament, triant els contextos terapèutics més adequats: ambulatori o residencial, en comunitats terapèutiques, o intermedis, com centres de dia. L'elecció del context terapèutic depén de les característiques clíniques, tenint en consideració la gravetat de la dependència, la patologia mèdica associada, la patologia mental, la xarxa familiar, i amb especial rellevància, les preferències del pacient i la seua família.

L'Agència Valenciana de Salut disposa d'una xarxa assistencial ambulatoria per a l'atenció de persones amb problemes d'addicció, formada per les Unitats de Conductes Addictives (UCA) i complementada per una xarxa pública de recursos assistencials de suport: comunitats terapèutiques, vivendes tutelades i centres de dia. La finalitat d'estos servicis és la de garantir des del sistema sanitari públic l'assistència sanitària integral de les persones afectades per qualsevol tipus de drogodependència o un altre trastorn addictiu.

En 2009, les drogues d'abús més consumides entre la població de 15 a 65 anys van ser l'alcohol i el tabac. La cocaïna és, no obstant això, la segona droga il·legal més consumida, després del cànnabis, i la que major sol·licitud de tractaments genera.

El consum de begudes alcohòliques és generalitzat al nostre àmbit i s'associa a activitats lúdiques o recreatives. Una qüestió rellevant radica a establir la diferència entre un consum recreatiu i un consum perjudicial.

L'alcohol exercix la seua acció provocant una depressió del sistema nerviós central (SNC). Com és ben conegut, es pren a través de les begudes alcohòliques. Generalment, es distinxix entre begudes fermentades, com la cervesa o el vi, i begudes destil·lades, com el conyac o el rom. En l'àmbit sanitari es mesura la ingesta d'alcohol en unitats de beguda estàndard (UBE). És una mesura que equival aproximadament a 10 grams d'etanol pur. Una canya o un quint de cervesa (200 ml), una copa de vi (100 ml), una copa de cava (50 ml) o mitja copa de licor (25 ml) contenen cadascuna 1 UBE. Es considera que es produïx el pas d'un consum recreacional a un consum patològic quan el bevedor no té control sobre els límits del seu consum, va elevat al llarg del temps la seua tolerància a l'alcohol i continua bevent a pesar que li produïx alteracions en múltiples àmbits de la seua vida. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) considera consum de risc la ingesta de més de 28 UBE/setmana en el cas dels hòmens i 17 UBE/setmana en les dones.

La cocaïna és una substància estimuladora del SNC. Es consumix, generalment, per via intranasal, també anomenada transmucosa o aspirada, en forma de pols blanca, constituïda pel clorhidrat de cocaïna. També es consumix en

forma de base lliure molt purificada o crac, amb major poder d'intoxicació i addicció. S'inhala en recipients calfats o es fuma polvoritzat. Una forma de consum menys usual és per via intravenosa, generalment quan s'associa a l'ús de l'heroïna.

Es considera que un consumidor d'alcohol o cocaïna presenta un problema d'addicció quan la substància ocupa el primer lloc en la seua escala de valors, abans que la família, el treball o el seu creixement cultural i desenrotllament personal, i genera una conducta compulsiva cap al consum a pesar dels efectes nocius que obté.

Mecanismes neurobiològics de la dependència

El lloc d'acció de l'alcohol, igual que la cocaïna i altres substàncies addictives, és el circuit de recompensa cerebral. Està constituït per grups neuronals de l'àrea tegmental ventral, que estableixen connexions amb sistemes cerebrals molt importants per a la recompensa, les emocions i l'aprenentatge, com són el nucli Accumbens (NAc) i el sistema límbic. Les drogues d'abús produïxen augments de dopamina en este nucli de dos a deu vegades superiors als causats per les recompenses naturals. La importància d'este circuit per a les addiccions es demostra per l'observació d'animals als quals se'ls lesiona i que no tornen a mostrar interès per les substàncies addictives (Guerri, 2012).

En el cervell, la cocaïna actua inhibint els processos de recaptació de noradrenalina i dopamina des de la fenedura sinàptica a la terminal presinàptica i per això facilita la seua acumulació. A l'augmentar la disponibilitat de dopamina, es produïx un augment de l'eufòria. Si el consum de cocaïna es fa crònic, es produïran canvis en la disponibilitat de dopamina. El consum repetit provoca canvis neuroplàstics que modifiquen l'estructura dels circuits de recompensa, que emmagatzemen la informació relacionada amb el consum. Els estímuls, les situacions, els llocs i les emocions vinculades a la droga queden gravats. Quan un addicte torna a trobar-se amb un d'estos estímuls condicionats, el procés de recuperació de la informació emmagatzemada posa en marxa emocions relacionades amb el seu desig de consum o *craving*, que promouen el comportament de busca de la droga (Miñarro, 2012).

L'etanol és un depressor del sistema nerviós que actua de forma inespecífica sobre la membrana neuronal, alterant tant la seua permeabilitat com

les propietats dels seus components lípids. Alguns dels efectes bioquímics i conductuals causats per l'alcohol poden ser deguts a l'increment de la transmissió inhibidora, probablement mitjançada pels receptors GABA. L'etanol també afecta la transmissió de glicina, la qual és un important neurotransmissor inhibidor (Guerri, 2012).

L'ús combinat d'alcohol i cocaïna produïx modificacions en alguns aspectes del metabolisme de la cocaïna, ja que es genera una nova molècula coneguda com a cocaetilè. També és important l'orde del seu consum; quan l'alcohol es consumix abans que la cocaïna, hi ha augment dels nivells plàsmics i els efectes subjectius de la cocaïna.

L'edat d'inici del consum sol situar-se en l'adolescència o en els primers anys de la joventut, entre els 15 i els 25 anys. Inicialment, el seu ús és de forma recreativa (consum de cap de setmana i dosis moderades), emmarcat dins de les relacions socials. Progressivament, passa a un consum excessiu, sense control sobre la quantitat o hores d'ús, i passa al consum en soledat fins a la intoxicació, amb posterior sentiment de culpa i dificultats per a realitzar les tasques habituals d'estudi o treball.

Encara que algunes persones amb dependència poden deixar el consum pels seus mitjans, altres necessitaran un tractament de desintoxicació i deshabituació per a aconseguir-ho.

L'enfocament des de les UCA

Les UCA són servicis adscrits a l'Atenció Primària de Salut, per tant, constitueixen l'accés més directe. Les demandes de tractament poden sorgir tant del pacient com de la família, amics, etc. El tipus de demanda pot ser intrínseca, és a dir, el pacient sol·licita tractament pel fet que presenta *insight* (percepció que ha perdut el control amb el consum de substàncies), o bé extrínseca, no hi ha consciència de problema amb l'alcohol o les drogues, però la família, els amics, altres metges, els caps o bé el sistema judicial detecten problemes derivats del seu consum i intenten motivar el tractament.

El diagnòstic d'abús, ús perjudicial i dependència a l'alcohol i drogues es formalitza per mitjà dels criteris definits en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (Classificació de l'Associació Americana de Psiquiatria) i en la Classificació Internacional de Malaltia o CIE-10 de l'OMS.

Marcadors biològics: hi ha proves de laboratori que es troben augmentades amb el consum elevat d'alcohol i que poden posar-nos en alerta sobre un ús excessiu de begudes alcohòliques. Les de major rellevància clínica són el volum corpuscular mitjà (VCM), la gamma glutamil transpeptidasa (GGT) i la transferrina deficient en carbohidrats (CDT).

Dins del procés diagnòstic també es valora l'estat mental, sobretot els trastorns d'ansietat i depressió en pacients amb dependència alcohòlica i els antecedents del trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat que roman en l'edat adulta (TDAH) (Ros, 2004) i els trastorns de personalitat, trastorns psicòtics i de l'estat d'ànim en els consumidors i dependents de cocaïna.

Per a la formulació de les estratègies terapèutiques es fa una valoració motivacional i de la seua disposició al canvi, basant-nos en el model de Prochanska i DiClemente sobre els estadis de canvi.

Objectius terapèutics

En les primeres entrevistes, a més de la valoració diagnòstica, una prioritat és la facilitació de l'adherència. És important que el pacient senta que ha arribat al lloc adequat, on per mitjà de la relació terapèutica, tenint en compte les necessitats pròpies de la família, les disponibilitats de recursos de suport, el pacient enumere els seus objectius i siga recolzat en la seua consecució.

La dependència a l'alcohol i a la cocaïna és un trastorn crònic, igual que altres patologies, com la diabetis, la hipertensió, etc. Cursa amb períodes de remissió i recaigudes en el consum, que cal considerar com a part del procés terapèutic. No pareix lògic considerar que el tractament fracassa en un pacient diabètic o hipertens quan menja dolços o interromp els hàbits dietètic o la formalització dels fàrmacs prescrits. Estos mateixos criteris són aplicables als trastorns addictius.

El National Institute on Drug Abuse (NIDA) descriu una sèrie de principis per al tractament efectiu del pacient addictiu: accessibilitat dels recursos, existència de diverses estratègies terapèutiques, atenció a les múltiples necessitats de l'individu i no sols al consum de drogues, afavorir l'adherència terapèutica, el suport amb tractaments farmacològics, la detecció i el tractament dels trastorns mentals i la facilitació de la teràpia individual i grupal.

Quan una persona ha desenrotllat una greu dependència a l'alcohol o a la cocaïna no podrà retornar a un consum moderat i quan prenga begudes alcohòliques o inicie el consum de cocaïna tornarà a experimentar les mateixes dificultats per a controlar el consum. Per este motiu, l'objectiu ideal del tractament serà que el pacient es mantinga sense prendre begudes alcohòliques de manera continuada i que evite els elements associats al consum de cocaïna que acaben desencadenant el consum.

No obstant això, no tots els pacients es troben en disposició d'abandonar el consum, però sí d'aconseguir objectius intermedis que permeten millorar alguns aspectes de la seua vida. Els objectius d'estos tractaments, denominats d'objectius intermedis o de disminució de danys, pretenen inicialment la prevenció de la patologia associada al consum.

Altres objectius terapèutics són els tendents al consum controlat o *controlled drinking*; són estratègies de tractament i intervenció sobre els problemes relacionats amb l'alcohol, en els quals no es requereix l'abstinència com a objectiu.

Generalment, el consum de cocaïna s'associa al consum previ d'alcohol. Així, per a la majoria dels pacients és imprescindible deixar el consum d'alcohol independentment que es tinga un problema de dependència alcohòlica associat. Este és un element important en el procés terapèutic, ja que el pacient té consciència de la necessitat d'abandonar el consum de cocaïna, però no hi ha el coneixement del paper desencadenant de l'alcohol cap al consum de cocaïna

i la necessitat d'abandonar el consum per a evitar les recaigudes.

Els tractaments poden ser de desintoxicació i de deshabituació. La desintoxicació es pot fer tant en l'àmbit ambulatori, a través de les UCA, o bé en l'àmbit hospitalari per mitjà de les unitats de desintoxicació hospitalària. El pas inicial és l'avaluació clínica que tindrà en compte la gravetat de la dependència, la patologia associada tant mèdica, psiquiàtrica i social, així com la previsió de l'aparició d'una síndrome d'abstinència que puga comprometre la salut del pacient.

Tractaments de desintoxicació

L'alcohol pot provocar una síndrome d'abstinència que es caracteritza per una hiperexcitabilitat del SNC, del sistema nerviós autònom i alteracions cognitives. La gravetat pot empitjorar de lleu a moderada entre les 24 i les 72 hores posteriors a la retirada de l'alcohol. Fins i tot pot assolir una extrema gravetat, cap als tres o quatre dies d'evolució, i requerir un tractament en un medi hospitalari. Per al tractament fa falta l'ús de vitaminoteràpia del grup B i de l'ús de benzodiazepines, clometiazole, antiepilèptics, com la gabapentina, l'oxcarbazepina, zonisamida, topiramata, etc. En casos de dependència greu, no s'ha de deixar el consum d'alcohol sense tractament farmacològic pel risc de desencadenar una síndrome d'abstinència amb risc vital.

En el cas de la cocaïna, difícilment una síndrome d'abstinència pot arribar a comprometre la vida del pacient. La dificultat del tractament de desintoxicació radica en la gravetat de la compulsió pel consum, que pot requerir contenció farmacològica, per mitjà de fàrmacs sedants, o bé la contenció conductual a través de mesures de sosteniment de l'entorn familiar o hospitalari.

Tractament de deshabituació

Els tractaments psicosocials són un component essencial del programa de tractament. En general, l'enfocament psicoterapèutic es fa des d'un model biopsicosocial.

Les UCA són el lloc de referència des d'on projectar els plans individuals de tractament, triant els contextos terapèutics més adequats: ambulatori o residencial, en comunitats terapèutiques, o intermedis, com centres de dia. Estos marcs terapèutics emergixen com un contínuum, que va des del context ambulatori fins al context d'internament. Sempre és preferible el context menys restrictiu que possibilita la consecució dels objectius terapèutics. És convenient l'estratificació i l'escalada en la indicació dels recursos de suport al tractament, anant dels menys als més restrictius. L'elecció del context terapèutic depèn de les característiques clíniques, tenint en consideració la gravetat de la dependència, la patologia mèdica associada, la patologia mental, la xarxa familiar, social amb què compte i amb especial rellevància, les preferències del pacient i el seu medi familiar.

La determinació del consum de substàncies per mitjà d'analítiques de drogues en orina és una pràctica habitual en la major part dels centres de tractament. El seu ús és una part més del procés terapèutic. Ha de ser un "detector" objectiu per a comprovar l'abstinència i els períodes de recaiguda en els tractaments, tant en la desintoxicació com en la deshabituació i reinserció. Es poden

determinar generalment en orina i també en suor, saliva, sang i cabell (este últim és útil sobretot per a peritatge forense). S'utilitzen tècniques de criatge amb alta sensibilitat i menor especificitat per mitjà de tècniques EMIT i, generalment, associades a la determinació de creatinina en orina per a detectar manipulacions de la mostra. En alguns casos, un fals positiu pot ser degut, entre altres factors, a interferència d'alguns medicaments.

Per a la detecció de l'abstinència alcohòlica es poden utilitzar la detecció d'alcohol en alé, saliva, orina i sang. La transferrina deficient en carbohidrats es realitza de forma seriada cada 15 dies, és molt útil en pacients amb professions de risc o en seguiments judicials.

En la deshabitució alcohòlica s'utilitzen dos estratègies de tractament farmacològic: les orientades a l'abstinència i les orientades al consum moderat. En ambdós casos es preveu el tractament de la patologia psiquiàtrica o mèdica associada.

Per al tractament farmacològic amb objectiu d'abstinència s'utilitzen els fàrmacs d'interdicció o dissuasoris, com la cianamida càlcica i el disulfiram. Per al seu ús es requereix l'autorització expressa del pacient i el coneixement dels efectes al combinar-los amb l'alcohol. L'objectiu és augmentar la capacitat de contindre el consum per mitjà dels efectes adversos nocius que el pacient experimenta quan s'associa al consum d'alcohol. El mecanisme d'acció és interferir en el metabolisme de l'alcohol elevant els nivells d'acetaldehid per mitjà de la inhibició de l'aldehid deshidrogenasa (ALDH), provocant l'anomenat "síndrome d'acetaldehid", que consisteix en la producció de calor, rubor, vasodilatació sistèmica, dificultat respiratòria, nàusea i hipotensió.

Una investigació recent realitzada en rates de laboratori per mitjà de tècniques de microdialisi cerebral, ha demostrat canvis en el NAc, en l'àrea prefrontal medial, en la regulació de neurotransmisors com dopamina, GABA i glutamat, després de l'administració de disulfiram. Estes troballes podrien explicar la utilitat del disulfiram en els pacients addictes a l'alcohol i, fins i tot, en addictes a la cocaïna.

Altres fàrmacs s'utilitzen a fi de disminuir el *craving* o desig de consum d'alcohol. Entre estos destaquen la naltrexona, antagonista opiaci, i l'acamprosats. Alguns anticonvulsius, com topiramats, oxcabazepina, gabapentina i lamotrigina, tenen un efecte eutimitzant o estabilitzador de l'ànim i s'usen per al maneig de la impulsivitat, encara que les evidències són controvertides. Finalment, els antidepressius inhibidors selectius de la recaptació de serotonina (ISRS) són eficaços, a la llum de l'evidència, quan hi ha patologia depressiva associada i una vegada aconseguida l'abstinència del consum d'alcohol.

Recentment s'ha comercialitzat a Europa, i s'espera que es comercialitzi a Espanya a principi del 2014, el nalmefè. És un modulador del sistema opioide que actua sobre el circuit de recompensa del cervell, alterat en els pacients amb dependència d'alcohol.

Per al tractament farmacològic de la dependència a la cocaïna no hi ha fàrmacs específics. S'han fet estudis amb múltiples psicofàrmacs sense poder

demostrar eficàcia terapèutica. Koob Lloyd i Mason (2009), a partir de les investigacions bàsiques en animals, troben mecanismes moleculars i bioquímics que actuen en l'aparició i el manteniment de la dependència. Proposen el tractament sobre símptomes específics de la dependència, als quals denominen *dianes terapèutiques*. Indiquen per a l'ansietat d'anticipació i el desig de consum o *craving*, el bupropió i els moduladors del GABA o el glutamat, com els anticonvulsius o antiepilèptics. Per als consums compulsius, denominats *fartada*, el disulfiram, i la naltrexona. Quan hi haja una altra patologia psiquiàtrica, com el TDAH es requereix el tractament amb estimulants, com el metilfenidat, el modafinil o l'atomoxetina. Quan presenten trastorns depressius o psicòtics, igualment es necessita el tractament del problema concomitant. Les vacunes de cocaïna, amb bones expectatives terapèutiques, estan encara en investigació sense ús clínic en l'actualitat.

Enfocament psicoterapèutic

Per a la consecució de l'abstinència es requereix la posada en marxa d'un procés de canvis en tots els àmbits alterats de la vida del pacient. Com més esferes danyades existisquen, més dificultats comportarà el procés de deshabitució.

Per a la valoració del procés de canvi en què es troba el pacient s'utilitza el model transteòric de Prochaska i DiClemente. Este model estableix etapes predefinides: precontemplació, contemplació, preparació per a l'acció, acció i manteniment. Estes etapes orienten les intervencions i els plans individuals de tractament segons l'estadi de canvi en què es troba el pacient. Així, en les primeres etapes del model (precontemplació, contemplació i preparació per a l'acció) les estratègies proposades són de tipus cognitiu, motivacionals i preventives, mentres que a partir de l'etapa d'acció serien més utilitzades les intervencions de tipus conductual.

Altres orientacions psicoterapèutiques de referència utilitzades en el tractament psicològic són el model cognitivoconductual, la prevenció de recaigudes, l'entrenament en habilitats d'afrontament i les tècniques de maneig de contingències.

A més de les intervencions psicoterapèutiques en l'àmbit de l'individual i grupal hi ha evidències que la intervenció familiar millora els resultats dels tractaments per abús de substàncies. Els tractaments basats en la família són eficaços en l'orientació d'adolescents amb consum de drogues i afavorixen el compromís de participar activament en el procés del tractament. La teràpia familiar estratègica breu està especialment indicada per a les famílies d'adolescents abusadors de drogues amb major nivell de desestructuració. De la mateixa manera, la teràpia conductual de parella, dirigida a la millora de les relacions familiars, ajuda a incrementar les taxes d'abstinència.

Intervenció d'infermeria

Quant a la intervenció d'infermeria, l'abús o dependència a l'alcohol i/o cocaïna pot comportar una important afectació dels patrons funcionals de salut.

Els problemes centrals derivats de l'addicció s'engloben en el patró de percepció-maneig de la salut, i són els diagnòstics d'infermeria més freqüents el *maneig ineficaç de la salut* i el *maneig*

ineficaç del règim terapèutic. Per això, una de les tasques més importants en la consulta d'infermeria és la supervisió del compliment del tractament. Esta pot fer-se de forma directa, per mitjà de la presa diària de la medicació en la unitat, o tractaments d'observació directa (Lloréns, 2008), i de forma indirecta, amb l'establiment de visites periòdiques en què es comprova el correcte compliment a través dels blísters gastats, receptes, autoregistres, etc. L'elecció d'un o altre mètode es decidix després d'avaluar criteris com l'estat mental del pacient, l'etapa de canvi en què es troba, el resultat d'experiències anteriors, la disponibilitat de familiars de suport, etc.

Perquè la supervisió siga eficaç és imprescindible l'establiment d'una relació terapèutica de confiança professional d'infermeria-pacient, així com una atmosfera d'accessibilitat. Esta relació facilita el plantejament d'objectius més amplis a llarg termini, com la col·laboració en la detecció de malalties infeccioses i la supervisió d'altres tractaments de patologies associades; es revisa i intervé, a més, en el compliment de les visites mèdiques als distints especialistes i la realització de les proves diagnòstiques sol·licitades. És a dir, el professional d'infermeria es convertix en l'agent de salut de referència que facilita que pacients amb dificultats especials per a adaptar-se a la dinàmica general del sistema de salut puguin accedir-hi.

D'acord amb esta filosofia d'acostament al sistema de salut es realitzen altres activitats, com la profilaxi d'hepatitis A i B, de tètans-diftèria, col·laboració en la vacunació de grip estacional, la detecció d'infecció tuberculosa, per mitjà de la realització de la intradermoreacció de tuberculina o Mantoux, i el seguiment d'altres patologies cròniques com la diabetis i la hipertensió.

Com a membre de l'equip terapèutic de la UCA, el professional d'infermeria participa en estratègies terapèutiques i en el seguiment de l'evolució dels pacients en col·laboració amb la resta de membres de l'equip.

.....
Carmen Gimeno Escrig

Psiquiatre.

Unitat de Conductes Addictives de la Vila Joiosa.

Eva Mora Sáez

Diplomada Universitària en Infermeria.

Unitat de Conductes Addictives de la Vila Joiosa.

José Luis Furió Vidal

Llicenciat en Psicologia.

Unitat de Conductes Addictives de la Vila Joiosa.

Bibliografia

Guerrero C. (2012) Adicción al alcohol. SEBBM. 172:4-7. http://www.sebbm.com/dossier172_alcohol.htm.

Koob GF; Lloyd GK; Mason GM Development of pharmacotherapies for drug addiction: a Rosetta Stone approach. Nature (2009) Reviews 8:500-15.

Lloréns R; Calatayud F; Morales E.; Añó C.; Adrià L. Estudio preliminar sobre la desintoxicación ambulatoria de 18 pacientes alcohólicos con Tratamiento de Observación Directa. Adicciones 2008, 20, 3:295-304.

Miñarro López J. Cocaïna SEBBM (2012) 172:8-12. http://www.sebbm.com/dossier172_cocaina.htm.

Ros Soler AI. Consumo de cocaïna y su relación con la hiperactividad infantil. Actas Españolas de Psiquiatría, (2004) 32 (6): 346-352.

Abuso de alcohol y adolescencia: un problema de salud

CONSUELO GUERRI

Evidencias científicas de los últimos años muestran que el consumo abusivo de alcohol durante la adolescencia altera la maduración y plasticidad del cerebro, causa deficiencias cognitivas y conductuales en el adolescente y aumenta el riesgo de un posterior abuso y dependencia al alcohol.

El consumo de alcohol en España ha registrado en las últimas décadas un importante crecimiento entre la población juvenil y adolescente, convirtiéndose en la droga más consumida por esta población y causando importantes problemas sociales, sanitarios y de salud pública (WHO, 2010). La última Encuesta sobre Alcohol y Drogas en la Población General en España - EDADES 2012) señala que la prevalencia de consumo de alcohol entre los jóvenes de 15-17 años es del 62,2 %, la de tabaco, 26,6 % y la de cannabis, 13,4 %; mientras que casi un 25 % de los jóvenes de 15-19 años practica el *binge drinking*, término anglosajón que se refiere a la ingesta de altas cantidades de alcohol durante cortos periodos de tiempo y que se ha traducido como *atracción*. Los datos de esta encuesta también indican que la prevalencia de policonsumo es mucho mayor, de tal forma que entre los que practican el *binge drinking* de forma habitual, un 23,2 % consume cannabis y un 5,9 % cocaína de forma habitual.

La inquietud de las autoridades sanitarias por los datos alarmantes del consumo de alcohol por los jóvenes se basan en las evidencias epidemiológicas, clínicas y experimentales que demuestran que dicho consumo durante la adolescencia puede causar deficiencias cognitivas y conductuales, conducir a un bajo rendimiento escolar y predisponer al abuso y dependencia al alcohol (Guerrero y Pascual, 2010).

La pregunta que se plantea es ¿por qué el alcohol causa estos efectos en los adolescentes? Evidencias científicas de la última década demuestran dos hechos importantes:

1. El cerebro del adolescente está en fase de desarrollo y maduración hasta llegar a la etapa adulta.
2. El cerebro en desarrollo es especialmente vulnerable a los efectos neurotóxicos del alcohol (ejem. síndrome alcohólico fetal), que pueden

causar alteraciones cognitivas y conductuales a corto y largo plazo.

Otro dato importante a considerar es el *binge drinking*. Este nuevo patrón de consumo de alcohol adquirido por los adolescentes produce una mayor neurotoxicidad que la ingesta de la misma cantidad de alcohol durante el día y en las comidas. Ello se debe a que con el *atracción* se alcanzan rápidamente altos niveles de alcohol en sangre y en cerebro, que pueden dañar la plasticidad cerebral del adolescente e inducir deficiencias cognitivas y conductuales que pueden ser irreversibles.

Por tanto, es importante conocer y dar a conocer, mediante el desarrollo de políticas informativas y de prevención, tanto a nivel estatal como de las diferentes comunidades autónomas, los efectos adversos que puede causar el abuso de alcohol por los adolescentes.

El cerebro del adolescente

Diferentes estudios desarrollados en los últimos años han demostrado que la adolescencia es un período de transición entre la niñez y la edad adulta, en el que tienen lugar importantes cambios estructurales y funcionales en el cerebro hasta llegar a su completa maduración en la etapa adulta. Los estudios de neuroimagen, mediante resonancia magnética nuclear funcional, demuestran que el cerebro humano termina su maduración hacia los 21-25 años, siendo la adolescencia un periodo de plasticidad y remodelación que es más evidente en ciertas áreas cerebrales (fig.1). Los cambios que se inician en la pubertad están destinados, en parte, a madurar los órganos reproductivos.

La corteza prefrontal o lóbulo frontal (ver fig.1), es la zona del cerebro que experimenta mayores cambios y reestructuraciones durante su maduración. Dos procesos importantes tienen lugar:

1. La eliminación selectiva o poda de las sinapsis menos eficientes o que no se utilizan, lo que conduce a una disminución en la materia gris (fig.1).
2. La mielinogénesis o aumento de la mielina, materia blanca (fig.1) que recubre los axones y que permite que las señales del impulso nervioso viajen más rápido, más lejos y que puedan interconectarse entre sí.

La inmadurez del lóbulo frontal en el adolescente se correlaciona con determinadas conductas, como impulsividad, dificultad en la toma de decisiones, rebeldía y control de los impulsos. Hay que destacar que la madurez de los lóbulos frontales se asocia a funciones complejas como la función ejecutiva, que incluye la capacidad para inhibir res-

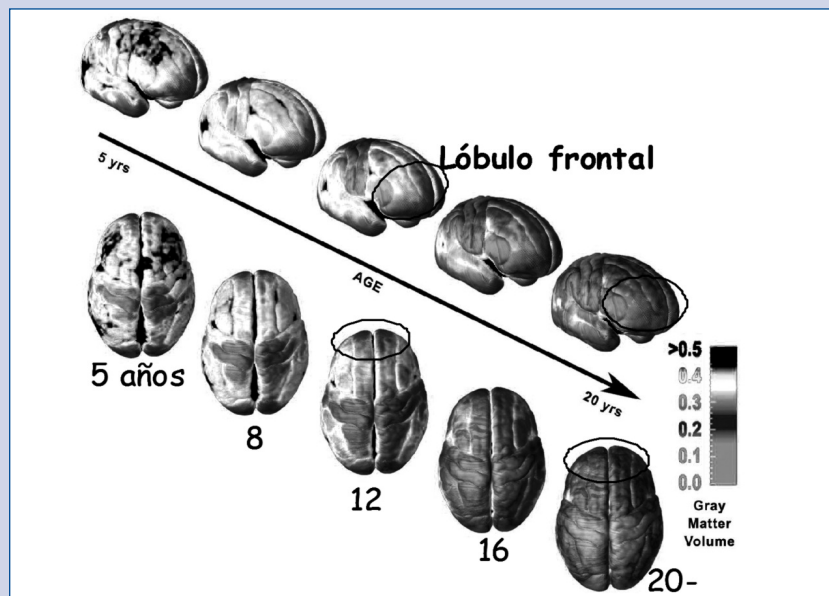


Figura 1. Cambios secuenciales en la materia gris (colores negro, blanco) y materia blanca (color gris) durante el desarrollo de cerebro en humanos (tomado y modificado de Gogtay y col., 2004). El círculo negro muestra el lóbulo frontal.

puestas inapropiadas, para planificar y ejecutar un plan de acción, concentración, planificación, etc.

Otro hecho importante es que durante la adolescencia aumenta la conectividad entre diferentes regiones cerebrales y cambia el balance de las conexiones entre las áreas frontales "cognitivas" y las áreas emocionales. De hecho, ciertas áreas del cerebro relacionadas con conductas de riesgo y emocionales, como las regiones subcorticales del sistema límbico, que incluyen la amígdala y el núcleo Accumbens, están más desarrolladas en el cerebro adolescente que en el adulto. El mayor desarrollo de esta regiones, involucradas en conductas exploratorias de alto riesgo y circuito de recompensa, hace que los adolescentes adquieran con facilidad la búsqueda de sensaciones nuevas y conductas de riesgo, que, en ausencia de un control inhibitorio por la corteza prefrontal, tiendan al abuso de alcohol y de otras drogas sin percatarse de los peligros que conlleva dicho consumo.

Consecuencias del abuso de alcohol durante la adolescencia

Una de las consecuencias importantes del abuso de alcohol durante la adolescencia son los efectos neurotóxicos de este sobre el cerebro en desarrollo del adolescente y las secuelas cognitivas a largo plazo. Estudios en humanos demuestran que el abuso de alcohol durante la adolescencia altera y disminuye la estructura del hipocampo (área involucrada en procesos de memoria y aprendizaje) y de la corteza cerebral, cambia la estructura de la mielina y deteriora la función del cerebro. Así mismo, diferentes investigaciones en humanos demuestran que el abuso de alcohol durante los fines de semana se relaciona con déficits en procesos de memoria y atención que se asocian con un bajo rendimiento escolar (tabla 1) (Pascual y Guerri, 2010).

Estudios en animales experimentales (roedores) confirman los estudios en humanos y demuestran que el patrón de *binge drinking* o *atración* de forma intermitente es especialmente dañino para el cerebro adolescente, ya que altera la maduración y plasticidad de la corteza prefrontal y del hipocampo y causan daño y muerte neuronal en

estas regiones. Es importante resaltar que los efectos neurotóxicos del alcohol se asocian con déficits importantes en procesos de atención, memoria y aprendizaje, que se mantienen a largo plazo en la edad adulta (Pascual y col., 2007).

Otra de las consecuencias adversas del consumo de alcohol durante la adolescencia es la predisposición a su abuso y dependencia en la etapa adulta. Los estudios de Grant en 1997 ya demostraron que la edad de inicio del consumo de alcohol se correlacionaba con la prevalencia al abuso y dependencia al alcohol. Cuanto antes se comienza a beber más probabilidad tiene el individuo de tener problemas relacionados con el alcohol y con otras drogas. En nuestro país, la edad media de inicio del consumo se ha estimado que es de 13,8 años, edad en que según la gráfica de la figura 2 tendría una probabilidad 4-5 veces mayor de tener problemas de abuso de alcohol y alcoholismo que si se inicia a los 21 años. Así mismo, los antecedentes familiares de alcoholismo potencian dicho efecto, como se puede comprobar en las barras azules de la figura 2.

Tabla 1. Consecuencias del consumo y abuso de alcohol en adolescentes

- 1 Disminución corteza prefrontal
- 2 Menor tamaño del hipocampo
- 3 Alteraciones en la sustancia blanca
- 4 Reducción flujo sanguíneo
- 5 Deterioro en la capacidad cognitiva y de retener y procesar información
- 6 Bajos niveles de atención
- 7 Disminución en el rendimiento académico
- 8 Deficiencias en funciones ejecutivas, como capacidad de organización y de tomar decisiones
- 9 Predisposición al abuso de alcohol y al alcoholismo

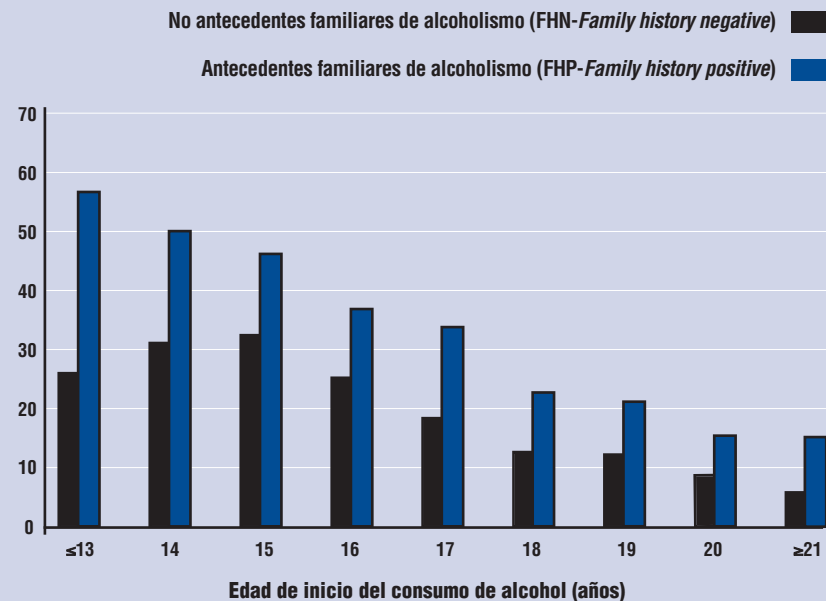


Figura 2. La edad de inicio del consumo de alcohol y los antecedentes familiares de alcoholismo y su relación con la prevalencia del abuso y dependencia al alcohol en la edad adulta (Grant y Dawson, 2008).

Otras consecuencias del abuso de alcohol por los jóvenes son el elevado número de accidentes de tráfico, enfermedades hepáticas y pancreáticas, hormonales y de obesidad, así como el policonsumo.

Conclusiones

La adolescencia es una etapa de transición desde la infancia a la edad adulta en la que tienen lugar numerosos procesos fisiológicos, incluyendo cambios estructurales y funcionales en el cerebro hasta llegar al cerebro adulto. Las evidencias científicas de los últimos años indican que el consumo abusivo de alcohol durante la adolescencia altera la maduración y plasticidad del cerebro, causa deficiencias cognitivas y conductuales en el adolescente y aumenta el riesgo de un posterior abuso y dependencia al alcohol. Por tanto, es importante el desarrollo de campañas de información y prevención dirigidas tanto a los jóvenes como a los padres para concienciar sobre los peligros que acarrea el abuso de alcohol y sus consecuencias físicas y cognitivas en los adolescentes.

Consuelo Guerri Sirera

Jefa del Laboratorio de Patología Celular.
Centro de Investigación Príncipe Felipe.

Bibliografía

- World Health Organization (2010) Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva, SW: World Health Organization.
- EDADES 2011-2012, Alcohol y Drogas en la Población General en España, Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013.
- Guerri C y Pascual M. (2010) Mechanisms involved in the neurotoxic, cognitive, and neurobehavioral effects of alcohol consumption during adolescence. *Alcohol* 44:15-26.
- Gogtay, N., Giedd, J. N., Lusk, L., Hayashi, K. M., Greenstein, D., Vaituzis, A. C., et al. (2004). Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proc. Natl.Acad. Sci. U.S.A.* 101, 8174-8179.
- Pascual M, Blanco M, Cauli O, Miñarro J, Guerri C.(2007) Intermittent ethanol exposure induces inflammatory brain damage and causes long-term behavioural alterations in adolescent rats. *Eur.J.Neuroscience* 25:541-550.
- Grant, B. F. y Dawson, D. A. (1997). Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *J. Subst.Abuse* 9, 103-10.

Consecuencias del consumo de bebidas alcohólicas durante el periodo de gestación y la lactancia

FRANCISCO ALCANTUD Y YURENA ALONSO

Existen evidencias claras sobre la capacidad del alcohol como teratógeno para interrumpir o alterar el desarrollo del embrión o feto en cualquiera de las etapas de gestación: el alcohol aumenta el riesgo de aborto, de retraso en el crecimiento intrauterino y de malformaciones congénitas. Por otro lado, durante la lactancia el alcohol pasa a la leche materna y produce en el niño trastornos en el ritmo del sueño y en el desarrollo motor.

Según la Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12 (Instituto Nacional de Estadística, 2011) se observa un cambio en el patrón de consumo entre la población joven. Entre las mujeres más jóvenes, y por tanto en edad potencialmente fértil, se constata la generalización de patrones de consumo intensivo (atacones *-binge drinking-*). El 13,4 % de la población de 15 y más años ha consumido alcohol de manera intensiva al menos una vez en el último año (19,7 % de los hombres y 7,3 % de las mujeres) (ENSE 2011/12).

Las actitudes tolerantes de la sociedad española con respecto al consumo de bebidas alcohólicas parecen estar en la base de este precoz inicio en su consumo. Nuestro país, además de tradicional productor, se encuentra entre los más consumidores de alcohol por habitante y año. Así, de los estudios sobre la evolución del consumo (Alcantud, Alonso y Jiménez, 2012) se desprenden como conclusiones generales las siguientes:

- a) El consumo de alcohol es un hecho generalizado en la sociedad española.
- b) Existe un bajo nivel de percepción de riesgo en su consumo.
- c) La edad de inicio en el consumo de alcohol está bajando.
- d) El consumo de alcohol por parte de mujeres, en términos relativos, está ascendiendo.
- e) Se está modificando el patrón de consumo, del consumo diario o esporádico hacia el consumo intensivo de fin de semana.

Si añadimos a estas conclusiones que, normalmente, la mujer confirma su embarazo al segundo o tercer mes de gestación y que, consecuentemente, en muchas ocasiones no varía su estilo de vida, el riesgo de que se mantenga el consumo de alcohol durante las primeras semanas o meses es muy alto.

Al margen de los estudios sobre las tendencias del consumo de bebidas alcohólicas en la población general, los estudios específicos sobre mujeres embarazadas confirman nuestra inquietud. Así, la investigación indica un consumo de alcohol alto en mujeres embarazadas. Un estudio sobre 250 embarazadas de Uruguay y Argentina mostró una prevalencia de 53,9 % de consumo de alcohol durante el embarazo (Minguez et al, 2010).

En un estudio con mujeres australianas sobre prevalencia de consumo de alcohol (Maloney et

al, 2011) se observó que el 29 % de las mujeres embarazadas tomaron alcohol en los últimos 12 meses y que un 43 % de mujeres que daban pecho a sus hijos habían consumido alcohol en los últimos 12 meses; mientras que el 36 % de mujeres embarazadas que a su vez amamantaban habían bebido alcohol en los 12 meses anteriores. La mayoría de mujeres (95 %) declararon una reducción de la cantidad de alcohol consumido durante el embarazo o la lactancia. Una alta proporción de la muestra de este último estudio informó del consumo de alcohol durante el embarazo o lactancia a pesar de las recomendaciones sanitarias. En España, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, en la cuarta edición del Plan de Educación Nutricional por el Farmacéutico (PLENUFAR IV), destinado a la educación nutricional, realizó una encuesta en 2011, entre cuyos resultados se destaca que el 41 % de las mujeres han consumido alcohol en la etapa preconcepcional, el 14 % mantuvo el consumo durante el embarazo y el 20 % consumió alcohol durante el año inmediato posterior al parto.

Los efectos del consumo

Desde que el embrión-feto se encuentra en el medio intrauterino está expuesto a factores que podrían desencadenar retrasos o trastornos en el desarrollo del futuro niño. Aunque los efectos del alcohol como agente teratógeno fueron descritos en términos históricos hace relativamente poco tiempo [(Lemoine et al, 1968) (Jones y Smith, 1973)], existen referencias en la literatura incluso antes del siglo XIX.

Los agentes teratógenos provocan cerca del 7 % de las malformaciones congénitas (Alvarenga, 1997). Existen evidencias claras sobre la capacidad del alcohol como teratógeno para interrumpir o alterar el desarrollo del embrión o feto en cualquiera de las etapas de gestación: el alcohol aumenta el riesgo de aborto, de retraso en el crecimiento intrauterino y de malformaciones congénitas. El etanol, como forma alcohólica alimentaria, es un agente teratógeno que puede causar la muerte fetal o alteraciones intrauterinas más o menos graves. La evidencia científica ha demostrado que el alcohol atraviesa la barrera placentaria y que el feto tiene mayores dificultades que la madre para metabolizarlo. Así, la dosis y el tiempo que actúa sobre el feto en desarrollo es mucho mayor y el organismo fetal es mucho más vulnerable por encontrarse en desarrollo.

Los efectos producidos en el desarrollo del embrión y/o el feto por el consumo materno de alcohol durante la gestación se conocen bajo la denominación de síndrome alcohólico fetal (SAF). El SAF incluye retraso en el crecimiento, alteraciones en el sistema nervioso central y malformaciones faciales características. Por otra parte, también existen casos en los que no existiendo rasgos físicos en el niño es conocida la ingesta de alcohol por parte de la madre durante el embarazo y se observan las alteraciones del SAF de orden psicológico (déficit de atención, hiperactividad, problemas metacognitivos, falta de control ejecutivo, retraso mental, etc.). Este hecho ha llevado a desarrollar una categoría clasificatoria de mayor alcance, los trastornos del espectro alcohólico fetal (TEAF), que, incluyendo el SAF, también contempla todos los trastornos derivados del consumo de alcohol aunque no desarrollen los signos físicos faciales característicos de este. En definitiva, el consumo de bebidas alcohólicas durante la gestación y posterior lactancia puede estar en la base de cualquier trastorno del neurodesarrollo.

En cuanto a la posibilidad de períodos críticos a lo largo del embarazo, no hay duda de que el primer mes de gestación (embriogénesis temprana), en que el sistema nervioso y otros órganos empiezan a desarrollarse, es el período de mayor vulnerabilidad a los efectos tóxicos y teratogénicos del alcohol (Guerri, 1998). Un alto consumo durante este período se asocia con las malformaciones faciales presentes en niños con SAF y con retraso mental. Aun cuando no puede hablarse de dosis tóxicas y de dosis que no lo son, lo cierto es que la gravedad e incidencia de las malformaciones dependen del consumo cuantitativo de alcohol, de la duración de la exposición al mismo (Holtorff y Hinkel, 1981). En términos de niveles de consumo de alcohol y riesgo de que nazcan niños con SAF, la investigación indica que este se incrementa si el consumo es mayor de 1 onza (28 gramos) de alcohol absoluto por día. Un estudio publicado en 1992 en el *Journal of Pediatrics* [citado en (Cancino y Zegarra, 2003)] encontró un 10 % de riesgo de SAF en madres que consumían de 1 a 2 onzas por día (2-4 vasos de bebidas alcohólicas) y este se incrementa al 19 % si el consumo estaba por encima de las 2 onzas por día (más de 4 vasos de bebidas alcohólicas). Por lo tanto, no se ha establecido un límite seguro para el consumo de alcohol durante el embarazo, siendo la abstinencia la mejor recomendación (Cancino y Zegarra, o.c.). La mayoría de los autores coinciden en que el grado del síndrome se relaciona con la severidad del alcoholismo materno, debido en parte a la incapacidad materna de metabolizar el acetaldehído (Majewski, 1981). Así, en un estudio realizado por Sood et al. (Sood et al, 2001) se demostró que hijos de 6 y 7 años de madres que consumieron una sola bebida alcohólica a la semana durante el embarazo tenían más probabilidades de presentar problemas de conducta, tales como agresividad o delincuencia, que los hijos de madres que no consumieron alcohol. Igualmente se observó que niños de 14 años cuyas madres consumieron una sola copa a la semana eran significativamente más bajos y delgados y tenían un perímetro cefálico más pequeño que los hijos de mujeres que no consumieron nada de alcohol.

En un estudio longitudinal durante 9 meses se hallaron patrones lineales entre la cantidad de

alcohol prenatal y los resultados en desarrollo mental, sensorial y motor de niños en edad temprana. Se encontraron problemas en el área social y la interacción asociados a un nivel de exposición baja/moderada prenatal al alcohol y los niños expuestos a dosis moderadas/altas mostraron una relación significativa con problemas de comportamiento (Williams, Carmichael y Croninger, 2010).

Además de estos efectos sobre el hijo que nace vivo, hay que recordar que el alcohol aumenta el riesgo de abortos espontáneos y de mortinatos (Guerri y Rubio, 2006). Así, un estudio danés (Kesmodel, Wisborg, Olsen, Henriksen y Secher, 2002) indica que el consumo materno semanal de 5 o más copas, comparado con el de hasta una copa a la semana, multiplica por 3 el riesgo de aborto. Sudáfrica tiene la mayor prevalencia de TEAF del mundo y un reciente estudio muestra que existen factores sociales concomitantes al consumo de alcohol durante la gestación (edad, estado civil, condiciones de vida, consumo de tabaco u otras sustancias tóxicas, tiempo de embarazo hasta el primer reconocimiento, número de parejas sexuales, violencia de género y síntomas depresivos) (O'Connor et al, 2011).

Por otro lado, durante la lactancia el alcohol pasa a la leche materna y produce en el niño trastornos en el ritmo del sueño y en el desarrollo motor, por lo que se recomienda la abstinencia de bebidas alcohólicas, al menos varias horas antes de amamantar.

Las recomendaciones

Las evidencias clínicas y de laboratorio sobre el efecto teratogénico del etanol son incuestionables. No existen estudios que determinen ni un umbral mínimo de seguridad ni un momento de la gestación sin riesgo. Estas evidencias apuntan a un daño mayor y más generalizado cuando el consumo se realiza en los primeros meses de gestación, pero no se asegura que no exista daño en otro momento, incluso durante la lactancia.

En nuestra cultura, la percepción del riesgo que comporta el consumo de bebidas alcohólicas es muy bajo y consecuentemente, tendemos a minimizar los efectos de su consumo. En ocasiones, incluso lo justificamos y recomendamos por los posibles beneficios que pudiera producir su consumo moderado. Las bebidas alcohólicas están presentes en la mayoría de los actos familiares y sociales, incluso religiosos, de nuestra cultura. Todo ello ha conducido al desarrollo de actitudes permisivas sobre el consumo de alcohol, extendiéndose a cualquier momento de la vida. En el caso de los profesionales sociosanitarios esta actitud de permisividad se puede traducir en subestimar el riesgo del consumo de bebidas alcohólicas durante la gestación y lactancia, e incluso tolerar el mantenimiento de ciertos hábitos alimentarios.

Las actitudes permisivas, la falta de coherencia entre los profesionales y la falta de formación no son un problema nuevo y ya ha sido estudiado en diferentes países. Así, en un estudio recopilatorio (Alonso, 2011) se encontraron resultados en la misma dirección. Los sujetos encuestados en todos los estudios fueron pediatras, neonatólogos, médicos de familia y personal sanitario en general (enfermería, matronas, personal sanitario

auxiliar, etc.). En líneas generales se apunta hacia las siguientes conclusiones:

- Escasa o limitada formación relacionada con las consecuencias de la exposición al alcohol durante la gestación y la posterior lactancia.
- Actitudes permisivas por parte de los profesionales sociosanitarios respecto al consumo de alcohol durante el embarazo y la lactancia.
- Un número de casos diagnosticados por los propios profesionales significativos.
- Manifestación en todos los casos de sentimientos de bajo nivel de formación en la detección del síndrome.
- Necesidad de contar con material educativo e información, tanto para el personal médico como para los clientes.

Es importante que los profesionales sociosanitarios implicados en el control de la gestación y los profesionales del sector educativo implicados en la educación de los adolescentes sean conscientes de sus propias actitudes y corrijan la permisividad derivada de las normas y costumbres sociales.

Francisco Alcántud Marín
Yurena Alonso Esteban
Universitat de València.

Bibliografía

- Alcántud, F. y Alonso, Y. (2012). Actitudes y conocimientos sobre las consecuencias del consumo de bebidas alcohólicas durante la gestación y la lactancia en profesionales sociosanitarios de la ciudad de Valencia. *Revista de Drogodependencias*, 37(4), 412-29.
- Alcántud, F., Alonso, Y. y Jiménez, E. (2012). Trastornos del desarrollo asociados con la exposición al alcohol durante el embarazo y la lactancia. Valencia: La Nau.
- Alonso, Y. (2011). Síndrome alcohólico fetal y trastornos del espectro alcohólico fetal: Nivel de conocimientos y actitudes de los profesionales sociosanitarios. Valencia: Universitat de València.
- Alvarenga, R. (1997). Síndrome de Alcohol Fetal: Presentación de un caso y revisión. *Revista médica hondureña*, Vol 65(1), 32-6.
- Cancino, F. y Zegarra, J. (2003). Síndrome alcohólico fetal. *Revista de Neuro-psiquiatría*, Vol. 66, 302-12.
- Guerri, C. (1998). Neuroanatomical and neurophysiological mechanisms involved in central nervous system dysfunction induced by prenatal alcohol exposure. *Alcohol Clinical Experience Research*, Vol. 22, 304-12.
- Guerri, C. y Rubio, V. (2006). Alcohol, embarazo y alteraciones infantiles. *JANO*, nº 1611, 2-8.
- Holtorff, J. y Hinkel, G. (1981). Alcoholic embryopathy. *Zentralbl Gynakol*, Vol. 103(14), 785-96.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud [base de datos en Internet] (disponible en <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>).
- Jones, K. y Smith, D. (1973). Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. *Lancet*, Vol. 2, 999-1001.
- Kesmodel, U., Wisborg, K., Olsen, S., Henriksen, T. y Secher, N. (2002). Moderate alcohol intake in pregnancy and the risk of spontaneous abortion. *Alcohol and Alcoholism*, 37(1), 87-92.
- Lemoine, P. et al. (1968). Les enfants de parents alcooliques: Anomalies observées. A propos de 127 cas. *Ouest Medical*, Vol. 21, 476-82.
- Majewski, F. (1981). Alcohol embryopathy: Some facts and speculations about pathogenesis. *Neurobehavior Toxicol Teratol*, 3(2), 129-44.
- Maloney, E. et al. (2011). Prevalence and predictors of alcohol use in pregnancy and breastfeeding among Australian women. *British: Issues in Perinatal Care*, Vol. 38(1), 3-9.
- Minguez, H. et al. (2010). Embarazo y Alcoholización social. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 56(3), 163-67.
- O'Connor, M. et al. (2011). Predictors of alcohol use prior to pregnancy recognition among township women in Cape Town, South Africa. *Social Science & Medicine*, 72(1), 83-90.
- Sood, B. et al. (2001). Prenatal alcohol exposure and childhood behavior at age 6 to 7. *Pediatrics*, 108, e34.
- Williams, C., Carmichael, H. y Croninger, R. (2010). Maternal alcohol consumption during pregnancy and infant social, mental and motor development. *Journal of Early Intervention*, 32(2), 110-26.

Família més comunicació és igual a prevenció de les addiccions

ÁNGEL VALLÉS I FORTUNATO TÀPIA

La prevenció de les addiccions en l'àmbit familiar requereix que els pares siguin un exemple personal per a fomentar un clima familiar en què es potencie la confiança, la cohesió, l'autoafirmació, l'autocontrol emocional, l'autoeficàcia i les habilitats de resolució de problemes amb els fills a través de la comunicació.

La comunicació és per a les relacions humanes com respirar per a la vida.

La família és fonamental per a previndre el problema de les addiccions, ja que constitueix el primer marc de referència en què es realitza la socialització de l'individu. El 63,2% dels joves viuen amb els pares i és a ells a qui acudixen quan tenen problemes (Intituto de la Juventud, 2012). Els pares cuiden, ensenyen i protegeixen els fills i, sobretot, actuen com a models de comportament. Les amistats i la família són els nuclis bàsics que els joves subratllen com a pilars fonamentals en la seua vida. La família, a més, representa el rang màxim en importància atorgada al que és familiar i a la transmissió de valors.

Una de les variables que influïxen en el desenrotllament d'una addicció és l'estil d'educació que reben els fills. Hi ha dos dimensions que regulen els estils educatius: l'afecte, entès com la conducta manifestada per un pare cap al fill en què li confirma que és bàsicament acceptat, estimat i respectat, i el control, entès com el grau d'intensitat de la influència dels pares, que fluctua des de la sobreprotecció fins a la permissivitat total.

L'estil educatiu associat a la prevenció és el democràticonormatiu, perquè manifesta un control i exigència adequats, amb normes clares i coherents, sense sobreprotecció excessiva i, a més, amb clares demostracions d'afecte, acceptació, comunicació i raonament de les normes imposades (Castro, 2005). Com a pares, hem d'estimular l'autonomia, l'autoafirmació i l'autocontrol dels nostres fills. A més, si potenciem l'assertivitat, la resolució de conflictes i la presa de decisions, els ensenyarem a valorar les conseqüències dels seus actes, tot això des de la confiança, el respecte i la comprensió.

L'experiència ens ha demostrat que els pares han de desenrotllar i aplicar accions preventives des dels primers anys de vida. Normalment, la mare és la figura que, per als fills, realitza i manté bàsicament la comunicació en el si de la família. Això no vol dir que respecte al pare estiguem davant d'una situació de blanc o negre, sinó més prompte davant d'una graduació en la intensitat i freqüència de la comunicació, que es decanta més pel costat de la mare. En conseqüència, o com a corol·lari no previst ni desitjat, en determinades circumstàncies conflictives la mare pot ser més protagonista que el pare, i d'eixa forma carregar amb el pes d'una imatge més negativa: és més controladora, més fiscalitzadora o més "aclaparadora" (Megías et al, 2002).

Pares i mares hem d'implicar-nos a treballar progressivament segons la maduresa dels fills en cada

període evolutiu perquè quan arriben a l'adolescència –el període de més risc d'inici de conductes addictives– posseïsquen unes actituds i aptituds saludables que els permeten prendre decisions sanes i mantindre-s'hi fent front a l'estrès, la frustració, la publicitat i altres factors de risc.

En este sentit, l'adolescència no sols és un període difícil per als fills, sinó també per als pares. És el període evolutiu que es caracteritza pels canvis físics associats a la pubertat; l'avanç d'habilitats cognitives com l'empatia, l'autoconsciència i l'autoafirmació; i els canvis en les relacions familiars (els pares competixen dia a dia amb el grup d'iguals dels seus fills per aconseguir influència sobre ells). Els pares i mares que potencien en els seus fills habilitats per a afrontar i resoldre problemes, assumir responsabilitats o manejar la frustració reduiran la probabilitat que els seus fills abusen de les drogues o s'impliquen en altres comportaments addictius. Per això és considerada una etapa clau per a l'aprenentatge d'habilitats interpersonals específiques (Hansen, Nangle i Meyes, 1998) que permeten als adolescents afrontar amb èxit els reptes que la vida els planteja i els que ells mateixos es proposen en el seu projecte vital.

Des del punt de vista de la prevenció, l'evidència assenyalada que perquè les intervencions siguin eficaçes i eficients han d'inhibir els factors de risc que predisposen a l'inici o manteniment de les conductes addictives i potenciar els factors de protecció que fan els joves menys vulnerables. En la taula 1 s'enumeren els principals factors de protecció i de risc que incidixen en el consum de substàncies.

Segons els factors de risc i de protecció d'índole familiar, s'està desenrotllant un qüestionari de percepció de risc que ens permetrà conèixer l'índex de vulnerabilitat familiar a les conductes addictives. En la taula 2 se presenta una mostra d'alguns ítems d'esta escala que ajudaran a configurar el perfil de risc de l'adolescent segons els pares. Açò els permetrà saber quines mesures hauran d'activar per a evitar que els fills consumisquen i abusen de les drogues.

En esta línia, l'Estratègia Nacional sobre Drogues 2009-2016 destaca la importància dels factors de protecció sobre les addiccions, entre els quals recalca que les famílies "fomenten habilitats educatives i de comunicació en el si familiar, incrementant la seua competència i la seua capacitat per a la resolució de problemes, així com la percepció de la importància del seu paper en la salut dels seus fills" (Pla Nacional sobre Drogues, 2009).

La prevenció de les addiccions en l'àmbit familiar requereix que els pares siguin un exemple perso-

Taula 1. Perfil de l'adolescent amb risc d'iniciar-se en el cosum de drogues

Font: Vallés et al, 1995

Risc alt	Risc baix
► Té entre 11 i 13 anys ► Viu en un ambient social que li facilita el consum de drogues ► En el seu entorn hi ha una permissivitat cap al consum de drogues ► Té uns ingressos setmanals alts. ► Valora positivament els efectes del tabac ► Posseïx una baixa resistència a l'estrés i a les situacions amenaçadores ► Creu que el consum de begudes alcohòliques ajuda a resoldre problemes personals ► Consumix substàncies com el tabac, cervesa, vi, licors i cànnabis ► Posseïx un baix nivell d'autocontrol en les relacions amb els altres, que es manifesta per mitjà de conductes agressives, impositives, de tossuderia i indisciplina ► Té una relació negativa amb els professors del col·legi	► Facilitat per a les relacions interpersonals variades ► Sentit de l'humor i acceptació de bromes ► Orgull moderat ► Esperit de col·laboració ► Seguretat en si mateix ► Percepció positiva de la interacció familiar ► Sentiments de satisfacció amb la interacció familiar ► Nivell de comunicació positiu ► Nivell adequat de llibertat d'elecció ► Percepció de respecte i afecte per part dels pares ► Nivell adequat d'orientació i control per part dels pares ► Valoració equilibrada d'èxits i fracassos ► Bona capacitat per a conèixer-se a si mateix ► S'adona de les conseqüències dels seus actes ► Presenta interès per esbrinar els motius i les raons que determinen tot el que fa ► No és deixa endur fàcilment per les seues apetències més impulsives ► Posposa les seues apetències a les seues obligacions

Taula 2. Extracte del qüestionari de percepció de risc familiar

Factors i ítems
Conflictes familiars ► Hi ha molts conflictes de parella o amb altres familiars que afecten el clima familiar i l'atenció que puc prestar al meu fill ► El meu fill té una bona relació amb la família
Competències educacionals ► Hi ha una comunicació oberta entre tots els membres de la família ► El meu fill sap que pot comptar amb la família quan té problemes ► No solc implicar-me en les activitats quotidianes del meu fill
Estil de vida ► El meu fill passa molt de temps a soles ► Sóc un model saludable per al meu fill, cuide la meua salut i no consumisc drogues
Escala de valors i prioritats vitals. Filialgrafia ► Compartisc diàriament activitats amb el meu fill ► Conec el meu fill, m'interessa per tot allò que és important en la seua vida
Història personal i salut mental ► Hem conviscut amb algun familiar amb problemes de drogues o altres addiccions

nal per a fomentar un clima familiar en què es potencie la confiança, la cohesió, l'autoafirmació, l'autocontrol emocional, l'autoeficàcia i les habilitats de resolució de problemes amb els fills a través de la comunicació.

La comunicació és la pedra angular en les intervencions familiars per a afavorir el bon clima familiar. Un diàleg permanent i una comunicació sincera, objectiva, clara i respectuosa entre pares i fills permeten disminuir les tensions familiars i identificar les situacions de risc. És un procés d'interacció recíproca i contínua d'emocions, idees, accions i respostes psicofisiològiques entre un mateix o més persones, que es basa en la confiança per mitjà del llenguatge verbal i no verbal. En este context, l'empatia i l'escolta activa faciliten el maneig de les barreres i distorsions cognitives i ens permeten aconseguir l'enteniment, el suport i la comprensió per a aconseguir el desenrotllament personal i social de cada individu que ens possibilita conviure de manera respectuosa, lliure, solidària i sana.

Una bona comunicació entre pares i fills és un factor de protecció si potenciem la comprensió, la negociació, el suport i la busca de solucions raonades i consensuades.

Estes pautes de comunicació es veuran reforçades si actuem com a models saludables, tenim en compte el punt de vista dels nostres fills i ajustem les nostres expectatives cap a ells d'una manera objectiva i flexible. Això ens permetrà afrontar, amb més probabilitat d'èxit, problemes com les addiccions, el suïcidi, el fracàs escolar, les malalties de transmissió sexual, els embarassos no desitjats, els trastorns alimentaris i la violència.

Les relacions familiars positives, fruit d'unes pautes de comunicació adequades, tenen una probabilitat menor de presentar problemes de conduc-

ta en general (Tasic et al. 1997) i consum de substàncies en particular (Muñoz i Graña, 2001).

La comunicació es presenta com la principal ferramenta educativa amb què compten els pares per a exercir la seua influència en el desenrotllament i l'educació dels fills. Segons Vallés et al. (2010), la percepció de les habilitats de comunicació que tenen els pares d'ells mateixos i la que tenen els fills respecte als pares és una variable molt important a l'hora de millorar les relacions entre pares i fills i implicar els adolescents en els programes de prevenció familiar. Una forma d'aconseguir-ho és conèixer la percepció de les habilitats de comunicació dels pares, tant des de la seua perspectiva com des de la dels seus fills. D'esta manera es fan partícips els fills, se'ls dona protagonisme i es valoren els seus criteris.

Este tipus d'avaluació ens permet tindre un enfocament bidireccional, és a dir, comptar amb l'emissor i el receptor de la comunicació. Una bona avaluació guiarà els passos dels canvis que hauran de realitzar-se en l'àmbit familiar. Amb esta finalitat, i sent conscients de les dificultats que això entranya, hem desenrotllat el programa "Aprendre a comunicar".

La informació obtinguda a través dels qüestionaris que apareixen en el programa "Aprendre a comunicar" facilita a pares, fills i professionals la identificació dels comportaments que són objecte de modificació i els pensaments i emocions associats. Els qüestionaris permeten avaluar l'estil de comunicació, les principals barreres en la comunicació familiar, la capacitat d'escolta, el nivell d'empatia i les distorsions cognitives que apareixen en les interaccions familiars.

La prevenció de les addiccions en l'àmbit familiar és una tasca molt complexa que requerix que els pares tinguen coneixements i estratègies de què moltes vegades no disposen. Per eixa raó, és important

afrontar esta tasca des dels primers anys de vida dels nostres fills d'una forma adaptada al creixement i al seu desenrotllament, tant físic com emocional. A més, i per concloure, cal recalcar el treball que han de realitzar els pares quant al seu procés de comunicació, ja que estos, que són els que adverteixen les dificultats de comunicació amb els seus fills, són els que han d'avaluar i afrontar els moments crítics per tal de restablir una bona comunicació, i per això a ser models saludables d'on aprenen els seus fills.

.....
Àngel Vallés Lorente
Fortunato Tàpia Cascales
 Unitat de Prevenció Comunitària en Conductes
 Addictives de la Mancomunitat de la Ribera Alta.

Bibliografia

- Castro, J. (2005) Disciplina y estilo educativo familiar. En Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo Ed: Lourdes Ezpeleta. Masson.
- Hansen, D. J., Nagle, D. W. y Meyer, K. A. (1998). Enhancing the effectiveness of social skills interventions with adolescents. Education and Treatment of Children, 21, 489-513.
- Instituto de la Juventud (2012). Informe juventud en España. Madrid: Instituto de la Juventud.
- Megías, E., Elzo, J., Megías, I., Méndez, S., Navarro, F. J. y Rodríguez, E. (2002). Hijos y padres: Comunicación y conflictos. Madrid: FAD.
- Muñoz-Rivas, M. J. y Graña, J. L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. Psicothema, 13, 87-94.
- Plan Nacional sobre Drogas (2009). Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2016. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Tasic, D., Budjanovac, A. y Mejovsek, M. (1997). Parent-child communication in behaviorally disordered and "normal" adolescents, Psicothema, 9. 547-554.
- Vallés, A., Botella, C. y Berjano, E. (1995). Variables psicosociales relacionadas con el consumo de drogas en la adolescencia. Mecanismos de prevención. Tesis Doctoral, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia.
- Vallés, A., Verdú, F., Belda, A. y Tàpia, F. (2010). Aprender a Comunicar. Valencia: Ministerio de Sanidad y Política Social, Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana, Eutox.

La información en los medios, ¿una oportunidad para la prevención?

Análisis del tratamiento de las drogodependencias en revistas dirigidas a jóvenes y adolescentes y prensa de información general en España (junio-diciembre 2012)

PILAR PARICIO, FRANCISCO NÚÑEZ-ROMERO Y PILAR SANFELIU

Los medios de comunicación no sólo poseen la capacidad de aumentar el conocimiento de la población sobre un determinado tema, sino que además de actuar como prescriptores desempeñando un papel socializador pueden generar estados de opinión y reforzar actitudes sostenidas. En el terreno de las drogas, es necesaria la información sobre los efectos y consecuencias de las drogas para poder tomar decisiones racionales.

La drogadicción es un problema de primer orden en el caso de España que, según el Observatorio Europeo de Drogodependencias (2011), es uno de los países con consumo más alto de cocaína y cannabis en Europa. Las sustancias de mayor consumo en el territorio español y en la Comunitat Valenciana son el alcohol y el tabaco (EDADES, 2012), seguidas por cannabis y cocaína. Por otra parte, la edad de inicio en el consumo de drogas en España es muy baja y se sitúa

entre los 13 y 14 años de media (Proyecto Hombre).

Sin embargo, la percepción pública de las drogodependencias como un problema no parece tan clara para la población española. En 1997, la “agenda pública” marcaba las drogas como el tercer asunto más preocupante (CIS); en 2010, las drogas ya eran el problema número 10 y en el último Avance del CIS (2013), ocupan el puesto 31.

Un factor esencial en la prevención y asistencia de las drogodependencias es la información. El público necesita información sobre los efectos y consecuencias de las drogas para poder tomar decisiones racionales. Al mismo tiempo, una comunicación efectiva es importante para que esas decisiones se tomen correctamente (Sitthi-Amorn y Ngamvithayapongse, 1998). Por otra parte, los jóvenes no desprecian los medios como fuente de información y reconocen que la información sobre drogas en los medios influye mucho en su percepción¹.

La información sobre drogas en los medios. Antecedentes

Los medios de comunicación no sólo poseen la capacidad de aumentar el conocimiento de la población sobre un determinado tema, sino que pueden actuar como prescriptores desempeñando un papel socializador y tienen el poder de generar estados de opinión y reforzar actitudes sostenidas.

La teoría de la agenda *setting* apunta que “aparentemente la gente toma conciencia de los temas en proporción directa al énfasis dado por los medios a los mismos” (McCombs y Shaw, 1972). En este sentido, los medios orientan a los ciudadanos a percibir los temas de un determinado modo marcando los núcleos temáticos de interés (Luhmann, 2000). Los medios son, así, canales esenciales en los programas de prevención del

consumo de drogas (Paricio, 2011; Paricio, Rodríguez y Rabadán, 2012).

Las investigaciones precedentes ponen de manifiesto que los medios generalistas informan sobre drogas en clave de sucesos o de tribunales y pocas veces lo hacen teniendo en cuenta su función formativa y/o educativa. No obstante, muchos de estos estudios insisten en la gran oportunidad que ofrecen los medios (Pantoja Vargas y Abeijón, 2004; Vega Fuente, 1995).

Propuestas y guías de buenas prácticas para una información eficaz en materia de drogodependencias

Para favorecer una información eficaz en materia de prevención, diferentes investigadores e instituciones han desarrollado acciones de sensibilización y formación con profesionales de los medios y elaborado propuestas incluidas en guías y decálogos. A nivel nacional e internacional destacan: Substance Abuse and Mental Health Service Administration, Plan Nacional de Drogas, la Junta de Castilla y León, el Observatorio de Drogas de Castilla la Mancha, FAD o Proyecto Hombre.

En relación al planteamiento de las noticias, algunas de las principales propuestas de estas entidades son:

- Aportar información rigurosa, plural y positiva, evitando magnificarla.
- Transmitir valores preventivos y hábitos de vida sana.
- Informar de los efectos negativos pero también de las actividades positivas de instituciones y ciudadanos para frenar su consumo.
- No usurpar el debate a los especialistas presentando datos de estudios.
- Evitar el trato de favor que se dispensa a determinadas drogas.
- Evitar la asociación de juventud, fama, éxito y drogadicción.

El tratamiento periodístico de las drogas en la prensa de información general y especializada en 2012

Se ha realizado una investigación del tratamiento de las drogodependencias en prensa de información general y especializada en 2012, enmarcada en el Proyecto Santander-PRCEU-UCH18/12. El

¹Investigación en Centros Educativos realizada por el Grupo de Investigación “Comunicación, Análisis de campañas y del tratamiento informativo en prensa” de la Universidad CEU Cardenal Herrera en el marco del proyecto de investigación *Comunicación institucional y prevención en materia de drogodependencias: Análisis de campañas y acciones de comunicación orientadas a la prevención en los centros escolares y en los medios de comunicación en la Comunidad Valenciana*.

objetivo es conocer si existe una mayor presencia de la prevención frente al modelo delictivo (que priorizaba aspectos policiales y judiciales) dominante en prensa generalista en los años 80, 90 y principios del 2000, además de verificar si se cumplen las principales recomendaciones para una información eficaz en materia de prevención.

Los resultados que se presentan están referidos a textos publicados en el segundo semestre de 2012 en los diarios *El País* y *El Mundo* y en las revistas *Cuore* y *Bravo por ti*. Se han seleccionado los diarios y revistas con índices más altos de tirada y difusión (OJD, 2012). En prensa de información general, con la herramienta My News, encontramos 614 informaciones, realizando un muestreo con la técnica de la semana construida obteniendo 45 textos. En la prensa especializada se ha realizado un análisis hemerográfico encontrando 99 informaciones, por lo que el corpus de la investigación está integrado por un total de 144 textos.

Para realizar el estudio se ha utilizado una metodología cualitativa-cuantitativa aplicando la técnica del análisis de contenido. Concretamente, aplicamos un análisis categorial y un análisis evaluativo de la intensidad y de la dirección.

Resultados de la investigación en Prensa de información general

El total de textos publicados sobre drogas entre julio y diciembre de 2012 son 390 en *El Mundo* y 224 en *El País*. Tras el muestreo realizado, el total de textos analizados es 45 (27 en *El Mundo* y 18 en *El País*).

El 62 % de los textos están firmados por periodistas y en el 31 % no figura fuente o está firmado por el medio. En cuanto a las fuentes citadas, la media es de 1,2 por noticia. Además, en un 38 % de los textos no se cita ninguna personal o una sola y en el 80 % no se cita ninguna fuente documental.

Además, en el 33 % de los textos se citan fuentes policiales, en un 20 % se citan cargos políticos y en el 18 %, fuentes judiciales. Solo en el 15 % se citan fuentes expertas (7 % fuentes psicosanitarias, 4 %, fuentes académicas y 4 %, fuentes de instituciones que trabajan en prevención).

Por otra parte, predomina el tratamiento principal del fenómeno (76 % de los textos) y el 49 % de los textos se dedican al tráfico de drogas. Solo el 20 % trata las consecuencias del consumo y el 4 % la prevención. Además, en el 27 % de los textos aparecen nombradas las drogas en general, siendo la sustancia con mayor tratamiento la cocaína (20 %) seguida del hachís (14 %).

El valor promedio de intensidad formal con la que es tratado el fenómeno es 3,6 (media-alta; se calcula sobre 6) y es el mismo en *El Mundo* y *El País*. Predomina la dirección neutra (76 % de los textos) y solo el 11 % son negativos al consumo de drogas. Además, un 7 % son ambivalentes y un 2 %, positivos.

Por sustancias, destaca que la marihuana tiene una dirección positiva en el 11 % de los textos y una dirección ambivalente en el 22 %, y el cannabis tiene una dirección ambivalente en el 20 % de los textos donde aparece. Con el resto de las sustancias, la dirección es negativa al consumo o neutra.

Resultados de la investigación en prensa especializada

La cobertura generada en las revistas en el periodo objeto de análisis son 99 textos, si bien la mayoría de informaciones la encontramos en *Cuore* (91). En los dos soportes, en el 90 % de las informaciones no figura la fuente de la información y la presencia de fuentes citadas es muy reducida (menos de 0,5 por noticia). El perfil de las fuentes citadas responde mayoritariamente a fuentes no expertas (famosos de la música, cine, televisión o moda) no encontrando en ningún soporte fuentes expertas científico-sanitarias o de instituciones que trabajan en prevención.

En ambos medios, las drogas aparecen en la mayoría de textos de forma secundaria (69,6 %). Los famosos son los que más figuran como tema principal y secundario (más del 66 %). Estos personajes aparecen relacionados en la mayoría de los textos con consumo de drogas y, además, en muchos casos, en las imágenes que acompañan el texto se visualiza el consumo, presentando como modelo para los jóvenes y adolescentes un personaje en situaciones de consumo (especialmente de alcohol) y en el ámbito del ocio. Por el contrario, solo en dos textos aparece el “famoso” en rehabilitación y la presencia de instituciones como tema es escasa (6 textos con tratamiento secundario y no relativos a entidades que trabajan en prevención).

La sustancia que recibe un mayor tratamiento es el alcohol (casi el 100 % en *Bravo por ti* y aproximadamente el 65 % en *Cuore*) y el tratamiento de otras sustancias es muy reducido.

El valor promedio de intensidad formal con la que son tratados los textos sobre drogas es medio (medio-alto en *Cuore* con 3,94 sobre 6). En relación a la dirección de las informaciones, el 55 % de los artículos mantienen un tono neutro. Nos llama la atención que casi el 30 % de los textos en *Cuore* ironizan sobre el consumo de alcohol, aportando comentarios en los “bocadillos” que vinculan diversión y consumo de drogas o rebajan las consecuencias negativas del consumo bromeando. Por el contrario, son escasos los textos contrarios al consumo de drogas en general o de una sustancia en particular (6).

Conclusiones

La presencia de las drogas en los soportes objeto de estudio (información general y especializada) es en general elevada (dos noticias diarias), exceptuando *Bravo por ti*. En la prensa de información general, las drogas aparecen como tema principal, lo que unido a la cobertura y la intensidad formal (media-alta) puede contribuir a que en la agenda mediática el tema capte atención, sea visto por el lector y recordado. Por el contrario, en el caso de las revistas, aunque la media de la intensidad formal es media, predomina un tratamiento secundario en la noticia, lo que no favorece que el tema pase a la agenda pública.

En la prensa de información general continúa predominando el modelo delictivo: el tráfico de drogas es el tema predominante y las fuentes policiales y judiciales, las más citadas. Además, la cocaína y el hachís son las sustancias más nombradas con un encuadre punitivo. Por el contrario, es muy reducida la presencia de la prevención como tema y de las fuentes expertas (psicosanitarias e institucionales), lo que no contribuye

a la percepción del fenómeno como un problema de salud.

En la prensa especializada, las noticias se encuadran en espacios dedicados al personaje donde se vincula consumo de drogas con éxito, presentando como modelos a personajes prescriptores para los adolescentes y jóvenes (en muchos casos consumiendo). Los textos sobre consecuencias o prevención son escasos y la sustancia que recibe más atención es el alcohol, que en muchos textos es tratada en clave de humor, ironizando con las consecuencias de su consumo.

Por todo ello, la prensa general estudiada sigue en líneas generales las principales recomendaciones para una información eficaz en materia de prevención, pero se echa en falta una información más plural, sobre las consecuencias del consumo y sobre valores preventivos y modelos positivos. En el caso de las revistas, encontramos muchas carencias, observando un trato de favor en alguna sustancia y la asociación de juventud, éxito y consumo de drogas, sobre todo en el caso del alcohol. El uso del lenguaje y el tratamiento gráfico, con imágenes de famosos consumiendo, son otros aspectos a cuidar en estas publicaciones.

Todo lo referido nos lleva a concluir que a la hora de conseguir una información eficaz en materia de prevención del consumo de drogas es necesario potenciar acciones formativas de sensibilización con los medios. La celebración de encuentros o mesas de trabajo con responsables de instituciones, investigadores, expertos y profesionales de los medios puede ser un camino para ello.

.....

Pilar Paricio Esteban

Profesora agregada de Publicidad y Relaciones Públicas.
Dpto. de Comunicación Audiovisual, Publicidad y Teoría de la Información. Universidad CEU Cardenal Herrera.

Francisco Núñez-Romero

Profesor colaborador doctor. Dpto. de Comunicación Audiovisual, Publicidad y Teoría de la Información. Universidad CEU Cardenal Herrera.

Pilar Sanfeliu Aguilar

Profesora adjunta. Dpto. de Enfermería. Universidad CEU Cardenal Herrera.

Bibliografía

- Luhmann, N. (2000). *La Realidad de los Medios de Masas*. Anthropos. Barcelona: Universidad Iberoamericana. Iteco.
- McCombs, M. E. y Shaw, D. L. (1972). The Agenda-Setting Function of Mass Media. *Public Opinion Quarterly*, 36(2), p. 176-87.
- Pantoja Vargas, L. y Abejón, J. A. (2004). *Los medios de comunicación y el consumo de drogas. Avance en drogodependencias*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Paricio Esteban, M. P. (Coord.) (2011). *La prevención de las drogodependencias. Los medios de comunicación: cómplices necesarios*. Villafranca del Penedés: Erasmus.
- Paricio Esteban, M. P., Rodríguez Luque, C. y Rabadán Zaragoza, M. J. (2012). Tratamiento del consumo de alcohol y su prevención en la prensa española desde la perspectiva de framing: *El País*, *El Mundo*, *ABC* y *La Razón*. *Revista Latina de Comunicación Social*, 67, p. 322-46.
- Rekalde, Á. y Romani, O. (2002). Los medios de comunicación social ante el fenómeno de las drogas: un análisis crítico. *Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco*.
- Sithi-Amorn, C. y Ngamvithayapongse, J. (1998). The role of media and communication in improving the use of drugs and other technologies. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 14, p. 71-80.
- Vega Fuente, A. (1995). Los medios de comunicación social y las drogas: entre la publicidad y el control social. *Revista española de drogodependencias*, 20 (2), p. 99-111.

Tecnologías y juego: un riesgo para la adicción

MARIANO CHÓLIZ

No todos los juegos de azar tienen el mismo potencial adictivo. Hay numerosas diferencias entre los diferentes tipos de juego, así como entre el juego presencial y el *online*. En lo que se refiere a la situación española, en el terreno presencial son las máquinas denominadas *tragaperras* las que suponen un mayor riesgo adictivo para el jugador. Por otra parte, el juego *online*, pese a su corta vida legal, está experimentando un gran incremento, tanto en el gasto que provoca como en el número de jugadores. Este tipo de juego es entre tres y cinco veces más adictivo que su modalidad presencial.

La Asociación Americana de Psiquiatría incluye el juego como uno de los trastornos adictivos en el reciente DSM-5 debido “al incremento de evidencias consistentes de que el juego activa el sistema cerebral de recompensa de forma similar a como lo hacen las drogas de abuso y a que los síntomas clínicos de los trastornos provocados por el juego son similares a los que provocan las drogas” (American Psychiatric Association, 2013).

No obstante, no todos los juegos de azar tienen el mismo potencial adictivo, puesto que las características estructurales de los mismos son el factor principal responsable de la adicción (Griffiths, 1993). Por lo tanto, hay numerosas diferencias entre los diferentes tipos de juego, así como entre el juego presencial y el *online*. En lo que se refiere a la situación española, son las máquinas tipo B —coloquialmente conocidas como *tragaperras*— las que suponen un mayor riesgo para el jugador, en lo que al componente adictivo se refiere, lo cual se evidencia tanto por el gasto que los españoles realizan en este tipo de juegos (DGOJ, 2013a) como por el porcentaje de jugadores en rehabilitación que refieren que son las máquinas las principales responsables de su adicción (Chóliz, 2013).

Las características principales de las máquinas tipo B que favorecen la adicción son las siguientes (Chóliz, 2008):

- **Accesibilidad.** Una de las principales variables

que favorecen el inicio en el consumo en cualquier drogodependencia y, por supuesto, también en la adicción al juego es la accesibilidad. En este sentido, hay que denunciar que España tiene una de las legislaciones más laxas y permisivas del mundo respecto a la accesibilidad de máquinas de premio, lo cual es un elemento que atenta contra la salud. En nuestro país están ubicadas —y a pares— en la práctica totalidad de bares y restaurantes. Además, han proliferado los locales de juego en los que se acumulan máquinas, muchas de ellas conectadas entre sí, que suministran premios mucho más cuantiosos.

- **Apuestas de coste bajo.** Cualquier cantidad de dinero, por pequeña que esta sea, es suficiente para tener la posibilidad de jugar, cosa que no ocurre con otros juegos, en los cuales es necesario disponer de partida con una buena suma de dinero. Las apuestas de coste bajo son uno de los factores principales responsables del inicio en el consumo, y en el caso de las tragaperras son los cambios de la consumición en el propio bar.

- **Inmediatez de la recompensa.** Esta es la variable responsable más significativa y la que, muy probablemente, explique la mayor parte de la varianza en la adicción que provoca este tipo de juego (Chóliz, 2010). Las máquinas responden a los dos segundos, permitiendo que el jugador encadene una jugada detrás de otra, en una espiral de consumo difícil de detener. Ningún otro juego de azar maneja de una manera tan eficiente este parámetro como las máquinas de premio.

- **Programa de reforzamiento parcial, de razón variable.** Otra de las leyes del aprendizaje establece que, una vez que la conducta está consolidada, la obtención de la recompensa bajo un programa de reforzamiento parcial es mucho más eficaz para mantener la conducta que los programas continuos. Dentro de los programas parciales, los de razón variable son los que mantienen una tasa conductual más elevada. En lo que hace referencia al juego, el jugador no sabe cuánto dinero tiene que tirar para obtener el premio, pero lo que tiene claro es que cuanto más dinero eche, más se incrementa la probabilidad de obtenerlo. Se da la circunstancia de que cuanto más se pierde, más aumenta la probabilidad de que en la siguiente jugada se obtenga el premio, de manera que las pérdidas favorecen el seguir jugando, porque el jugador está convencido de que “ya toca”. El hecho de que se trate de un programa variable favorece el que no aparezcan las pausas típicas de los programas fijos (pausa postreforzamiento en el caso del de razón fija, o festoneo en el de intervalo fijo) y que, por lo tanto, incluso después de haber obtenido un premio importante se siga jugando, en ocasiones incluso hasta perder las ganancias que se habían obtenido.
- **Inducción de “ilusión de control” y otros sesgos cognitivos.** Las máquinas de premio se parecen a las máquinas recreativas, en las cuales lo que prima es la habilidad o la destreza. Las máquinas tipo B requieren más actividad que cualquier otro juego de azar, en los que generalmente lo único que hay que hacer es esperar el resultado del sorteo o que el número de la bola que baja por una pendiente corresponda con el que tengo impreso en el boleto. En las máquinas, el jugador tiene un papel activo, aunque lo único que hace es apretar una serie de dispositivos, botones o palancas antes de que aparezca una combinación sobre la que, en realidad, él no tiene ningún control. Pero es precisamente dicha actividad la que favorece el sesgo de ilusión de control (Chóliz, 2011), lo cual incita a seguir jugando.
- **Inducción de activación psicofisiológica.** La actividad que se requiere en las máquinas tragaperras no sólo favorece la ilusión de control, sino que provoca un incremento en la activación psicofisiológica. Dicho *arousal* se mantiene posteriormente por la estimulación audiovisual (luces, sonidos, movimiento de elementos, etcétera) de la propia máquina, favoreciendo un entorno que mantiene la actividad de forma continua.

A partir de la Ley 13/2011 de Regulación del Juego en España estamos viendo un cambio espectacular en el juego, que probablemente se traduzca en un breve plazo en el perfil de los adictos al juego. De hecho, como vamos a poder describir brevemente, ya se pueden percibir las consecuencias. Nos referimos al juego *online*.

Las tecnologías de la información y comunicación —más en concreto Internet— no han sido ajenas ni al desarrollo de nuevas modalidades de juego ni al dispendio económico que este supone. Operar con juego *online* solo es legal en España desde junio de 2012. A pesar de ello, el gasto que provoca en la actualidad ya es superior al de quinielas, bingos, casinos e incluso todos los juegos de la ONCE. Son más de 5.000 millones de euros lo que los españoles se han gastado en juegos *online* en 2012 (DGOJ,

2013b). A partir de la legalización, y mientras que las cifras del juego presencial se reducían aproximadamente un 9 % respecto del año anterior como consecuencia de la crisis económica, el gasto en juego *online*, por el contrario, lejos de disminuir, se viene incrementando a razón del 180 % anual. En lo que se refiere al número de jugadores de esta modalidad, se ha pasado de estar inscritos 190.000, en junio de 2012 a 1.164.112, en marzo de 2013 (DGOJ, 2013b), lo cual supone sextuplicar el número en apenas nueve meses. Por juegos, son las apuestas deportivas las que suponen un gasto más elevado (49,7 % del total del juego *online*), seguida por el póquer (29,5%). A mucha distancia figuran el resto de juegos (ruleta, *black jack*, concursos, bingo, etc.).

Los juegos remotos (juego *online*, aplicaciones en el móvil, TV interactiva, etc.) han supuesto el mayor cambio cultural en lo que se refiere a los juegos de azar en las últimas décadas. Pero, como se ha podido constatar, no se trata únicamente de nuevos tipos de juego, ya que en ocasiones se trata de la misma actividad, pero mediante Internet. El problema es que el juego *online* es entre tres y cinco veces más adictivo que su modalidad presencial (Petry y Weinstock, 2007). Esto se debe, principalmente, a las siguientes causas (Griffiths, 2010):

- **Privacidad.** Llega un momento en el cual, con independencia de cómo se haya iniciado el juego, el jugador intenta esconder su problema, ya que reconoce —siquiera en su foro interno— que el juego le está arruinando su vida. Como el alcohólico, el adicto al juego es, en esencia, solitario. Una de sus características clínicas es, precisamente, que oculta y engaña respecto a su propia actividad, minimizando e incluso negando su grado de implicación. Internet favorece el que se pueda jugar en soledad, lo cual no hace sino agravar todavía más su problema.
- **Comodidad** de jugar en un entorno agradable y seguro. Para jugar a juegos remotos no es necesario ni desplazamientos a locales de juego, ni a entornos que puedan perturbar la actividad. Puede llevarse a cabo en la comodidad del hogar o dondequiera que le apetezca, ya que muchos de los juegos por Internet pueden realizarse con el *smartphone*.
- **Facilidad para el consumo de sustancias** que dificultan el control o directamente desinhiben la conducta. A pesar de que el consumo de sustancias no es algo que esté muy limitado en las salas públicas de juego (las máquinas están en los bares y el alcohol riega los casinos), el jugador tiene la libertad absoluta de consumir lo que quiera en su propio domicilio o en locales privados. El alcohol, como muchas otras sustancias, dificulta el control voluntario del comportamiento, que es lo que le falta al adicto al juego.
- **Accesibilidad y disponibilidad.** Por muy disponibles y accesibles que sean los juegos presenciales, especialmente las máquinas tipo B, el poder jugar en el propio domicilio o a través del *smartphone* en cualquier lugar y en cualquier momento, es algo que potencia la capacidad adictiva de una forma espectacular. A pesar de que la relación entre accesibilidad y adicción no es lineal (Abbott, 2007) la utilización de Internet ha incrementado el poder adictivo de cualquiera de las modalidades de juego, debido, en gran medida, a que los ha convertido en extraordinariamente accesibles. Además, las

fórmulas de pago por Internet (tarjetas, cuentas bancarias, etc.) favorecen el consumo abusivo y representan una de las dificultades principales de control del gasto en comparación con el juego presencial.

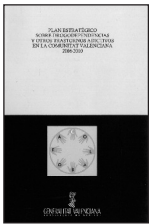
- **Interactividad.** Los juegos activos son más adictivos que los pasivos debido a que el jugador lleva a cabo acciones que producen ilusión de control y otros sesgos cognitivos (Chóliz, 2010) que dan la sensación de que se puede hacer algo para revertir el azar en su favor, cosa que es imposible si se trata de juego de azar puro, e improbable si se trata del caso del póquer. Los juegos *online* son rápidos y dinámicos e inducen fácilmente dichos sesgos.

Todos estos factores suponen un riesgo para el jugador —en lo que al potencial adictivo se refiere— y un reto para el legislador, quien debe regular el juego de forma tal que no solo sea una actividad económica muy rentable (para algunos), sino que —principalmente— no se convierta en uno de los mayores factores de riesgo para la salud en forma de nuevos y graves trastornos adictivos. La ciencia nos debe mostrar el camino.

Mariano Chóliz Montañés
Facultad de Psicología.
Universidad de Valencia.

Bibliografía

- Abbott, M.W. (2007). Situational factors that affect gambling behavior. En G. Smith, D. Hodgins y R. Williams (Eds), *Research and Measurement Issues in Gambling Studies*, pp. 251-78. New York: Elsevier.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th Edition. DSM-5. Washington: American Psychiatric Association.
- Chóliz, M. (2008). *Adicción al Juego de Azar*. Buenos Aires: Elaleph.
- Chóliz, M. (2010). Cognitive biases and decision making in gambling. *Psychological Reports*, 107, 15-24.
- Chóliz, M. (2011). Experimental Analysis of the Game in Pathological Gamblers: Effect of the Immediacy of the Reward in Slot Machines. *Journal of Gambling Studies*, 26, 249-56.
- Chóliz, M. (2013). Riesgos de adicción en el juego online. Comunicación presentada al XIV Congreso Nacional de FEJAR. Córdoba, septiembre de 2013.
- DGOJ, Dirección General de Ordenación del Juego (2013a). *Memoria Anual 2012*. Ministerio de Hacienda. Descargado de la web el 15 de julio de 2013 en <http://www.ordenacionjuego.es/es/estudios-informes>
- DGOJ, Dirección General de Ordenación del Juego (2013b). *Primer Informe Trimestral Enero-Marzo 2013*. Ministerio de Hacienda. Descargado de la web el 15 de julio de 2013 en <http://www.ordenacionjuego.es/es/estudios-informes>.
- Griffiths, M. D. (2010). Gambling addiction on the Internet. En K. Young & C. Nabuco de Abreu (Eds.), *Internet Addiction: A Handbook for Evaluation and Treatment*, pp. 91-111. New York: Wiley.
- Griffiths, Mark H. (1993). "Fruit machine gambling: the importance of structural characteristics". *Journal of Gambling Studies*, 9: 101-20.
- Petry, N. y Weinstock, J. (2007). Internet Gambling Is Common in College Students and Associated with Poor Mental Health. *American Journal on Addictions*, 16, 325-30.



Plan Estratégico sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos en la Comunidad Valenciana. 2006-2010

Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat

Editat en castellà

El Pla Estratègic 2006-2010 naix fruit de l'experiència de molts professionals i anys de treball continuat, amb la qualitat de la seua adaptabilitat als canvis socials i a les noves demandes. Pretén potenciar el que ha sigut útil en els plans anteriors, tant en la prevenció i les seues diferents estratègies preventives com en la creació de nous espais terapèutics i la millora de la qualitat en l'atenció. Així mateix, este Pla considera d'especial rellevància continuar propiciant la coordinació dels distints estaments de l'Administració necessaris per a respondre de forma contundent al difícil problema de les addiccions.



Guía de programas y materiales para la prevención de drogodependencias y otros trastornos adictivos en la Comunidad Valenciana

Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat

Editat en castellà

En esta publicació s'arreglen els programes i materials sobre prevenció de drogues que la Generalitat desenrotlla i posa a disposició de la societat valenciana des de la Direcció General d'Assistència Sanitària. Estos programes es dirigixen a la població general en els diferents àmbits i nivells de prevenció (escolar, familiar, comunitari). El seu desenrotllament en el municipis i mancomunitats es porta a terme a través de la xarxa local de les Unitats de Prevenció Comunitària en Conductes Addictives (UPCCA).



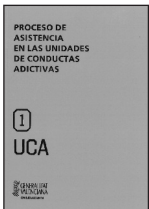
Exposició: “Visión científica de las drogas. Si sabes, no te metes”

Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat

Editat en castellà

Manual de consulta basat en una exposició real, de marcat caràcter científic, que pretén a través de diferents blocs de coneixement incorporar nous elements d'aprenentatge (recursos interactius i jocs ludicoeducatius) per a explorar el món de les drogues. El seu objectiu és millorar l'accés de la població a una informació veraç i objectiva sobre l'ús i abús d'estupefaents i la resta de substàncies addictives.

N'hi ha una edició electrònica en l'apartat Drogodependències (Publicacions) de la pàgina web de la Conselleria de Sanitat (<http://www.san.gva.es>).

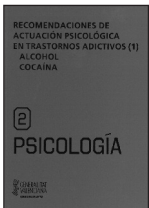


Proceso de asistencia en las Unidades de Conductas Adictivas (Vol. 1)

Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat

Editat en castellà

Primer volum d'un conjunt de llibres que conformen una sèrie de recomanacions clíniques sobre trastorns addictius. Una de les ferramentes que ha tingut millors resultats a l'hora de millorar la qualitat és la normalització de processos. Este llibre es concep com una obertura de tota la perspectiva que es tracta en la resta de llibres que integren la col·lecció.

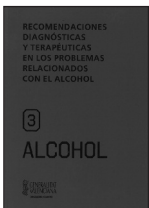


Recomendaciones de actuación psicológica en trastornos adictivos (1). Alcohol. Cocaína. (Vol. 2)

Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat

Editat en castellà

Este llibre arreplega l'experiència acumulada per les unitats de conductes addictives durant anys de servici i dedicació al diagnòstic i la teràpia de pacients que presenten trastorns addictius. Se centra en la definició de criteris de diagnosi de la patologia del pacient, l'abordatge del procés terapèutic atenent les particularitats de cada pacient i la recomanació dels instruments d'avaluació psicològica, tant per al diagnòstic com per al seguiment de l'avaluació psicològica.

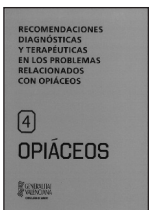


Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas en los problemas relacionados con el alcohol. Alcohol (Vol. 3)

Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat

Editat en castellà

Esta publicació conté les recomanacions diagnòstiques i terapèutiques sobre la intoxicació aguda d'alcohol, el seu abús i els punts clau a tindre en compte en el trastorn per dependència a esta substància. Així mateix, es presenten l'evidència existent en els problemes d'abús de l'alcohol i aspectes conceptuals d'interès per al tractament. S'amplia el contingut amb una valoració dels tractaments farmacològics i dels recents avanços en l'ús de la immunoteràpia i dels trastorns combinats per consum de cocaïna i alcohol. Finalment, es presenten els principals tests psicològics de diagnòstic i seguiment dels problemes de l'alcohol.

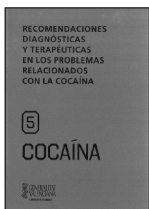


Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas en los problemas relacionados con los opiáceos. Opiáceos (Vol. 4)

Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat

Editat en castellà

En este volum es plantegen els problemes derivats dels opiacis, des de la intoxicació per abús fins a la gravíssima problemàtica sanitària i social derivada del seu abús i dependència. Es revisen els tractaments amb agonistes i amb antagonistes opiacis. Així mateix, dedica una especial importància als programes de reducció de danys associats al consum d'estes substàncies, atés que l'especial impacte social d'este problema -ja fa dècades- va fer que es recomanara este tipus d'objectius quan no es pot aconseguir l'abstinència del pacient.



Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas en los problemas relacionados con la cocaína. Cocaína (Vol. 5)

Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat

Editat en castellà

Esta publicació està molt enfocada a aclarir conceptes i a presentar l'evidència existent en els problemes d'abús de la cocaïna. En ella s'arreglen les recomanacions diagnòstiques i terapèutiques de la intoxicació aguda, l'abús i la dependència a la cocaïna, així com les complicacions i el diagnòstic d'intoxicació. També s'arreglen recomanacions per al trastorn per abstinència i el tractament farmacològic per addicció a esta substància. Finalment, definix els instruments de suport al diagnòstic i tractament de l'abús i dependència, així com l'avaluació de l'estadi motivacional del procés de canvi i la motivació.

Viure en Salut

/Jornades/

