



MODELO DE INTERVENCIÓN PARA RETOS ACTUALES EN ADICCIONES

Madrid 12 y 13 junio 2.014

Materiales de la formación por bloques temáticos

Financiado por:



JORNADA TÉCNICA: MODELO DE INTERVENCIÓN PARA RETOS ACTUALES EN ADICCIONES

El propósito de estas jornadas de formación es recabar propuestas de actuación que den respuesta a las diferentes situaciones que viven las personas con problemas de adicciones.

Se trata de atender a las demandas de formación de profesionales y personas voluntarias que forman parte de la red UNAD, a la hora de desarrollar el modelo y los distintos tratamientos de intervención.

12 DE JUNIO

10:50HS. RECEPCIÓN Y ACREDITACIÓN

11:00HS-11:30HS. INAUGURACIÓN

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, D. Francisco de Asís Babín.
Presidente de UNAD, D. Luciano Poyato Roca.

11:30HS-12.30HS. CONFERENCIA INAUGURAL

Modelo comunitario de atención a las personas con problemas de adicciones.
Intervenciones S.XXI.

Presenta: M^a Lidia Rodríguez, Tesorera UNAD

Ponente: Domingo Comas Fund. Atenea.

La sesión formativa transcurrirá bajo una metodología común muy participativa.

Tras la parte de formación se dará paso al debate con el objetivo de incorporar todas las visiones y experiencias posibles.

La sesión concluirá con la exposición de diversos proyectos e iniciativas muy novedosas que se están llevando a cabo en el seno de nuestras organizaciones.

13 DE JUNIO

12:30HS-14:30HS. LA ATENCIÓN A LAS ADICCIONES SIN SUSTANCIA

Conductor de Sesión: José Luis Rabadán.

Asoc. ARAD Rioja

Debate: Abierto asistentes.

Experiencia: Asoc. ATABAL.

14:30HS-16:00HS. COMIDA

16:00HS-18:00HS. EL OCIO, TIEMPO LIBRE Y LAS SUSTANCIAS

Conductor de Sesión: Josep Rovira.

Asoc. ABD

Debate: Abierto asistentes.

Experiencia: Asoc. Ai Laket.

09:00HS-11:00HS. LA MUJER Y LAS ADICCIONES

Conductora de Sesión: Patricia Martínez.

Experta en Género.

Debate: Abierto asistentes.

Experiencias: FSYC, Espai Ariadna.

11:00HS-11:30HS. CAFÉ

11:30HS-13:30HS. LA PATOLOGÍA DUAL EN LAS ADICCIONES

Conductor de Sesión: Raúl Izquierdo.

Asoc. Dual.

Debate: Abierto asistentes.

Experiencia: Asoc. ALUCOD.

13:30HS. CLAUSURA

Financiado por



Actividad desarrollada en el marco del Programa Foro de discusión y desarrollo del modelo y tratamientos de intervención en problemas de adicciones.



¿Qué es un modelo de intervención?

Un modelo de intervención es un referente técnico, a la vez conceptual y teórico que ordena las prácticas de los profesionales.

En el ámbito de las adicciones siempre han coexistido de manera conflictiva diversos modelos de intervención cada uno de los cuales ha sido, o ha podido ser hegemónico en determinadas circunstancias.

Esta hegemonía se expresa de una forma técnica pero en realidad responde a criterios políticos, morales, corporativos y a las tendencias internacionales en políticas sobre drogas y sobre conocimiento.

PROYECTO N° 72, Mayo de 2010.



¿Cuál es la situación actual?

Hegemonía clara de un modelo definido como “evidencia científica” y existencia residual de otros modelos, que sin embargo orientan la mayor parte de las intervenciones, en particular en el tercer sector, que trata de adaptarse a las reglas de la evidencia pero se topa con el rechazo de componentes corporativos, institucionales y simbólicos.



¿Cuál es mi respuesta?

Un libro escrito entre 2008/2014 con el título de **“¿Qué es la evidencia científica y como utilizarla?: Una propuesta para profesionales de la intervención.”**

Cuya hipótesis principal es que la mayor parte de la literatura revisada y que se reclama científica no aporta evidencia en una gran medida porque el “sistema científico” no otorga ningún papel a los profesionales. Propone un modelo basado de forma más rigurosa en la evidencia y en un cambio en el rol de los profesionales en relación al conocimiento.

Voy a hacer una presentación general del libro que en unos días estará en la página WEB de la Fundación



1.- ¿Por qué plantear la pregunta sobre la evidencia científica?

Una descripción y un análisis exploratorio del contexto de la práctica, las actitudes personales e institucionales sobre el papel de la evidencia y sus diversos usos. Análisis de las contradicciones y las paradojas que envuelven el concepto y las reacciones que produce.

- 1.1.- ¿Cuál es la pregunta?
- 1.2.- Una demanda paradójica
- 1.3.- ¿Por qué necesitamos una noción comprensible y compartida de evidencia científica?
- 1.4.- ¿Qué piensan las y los profesionales? Una aproximación exploratoria
- 1.5.- Las dificultades prácticas que perturban a los y las profesionales
- 1.6.- ¿Por qué es tan importante la actitud y la mirada profesional?



2.- Pero, ¿existe la evidencia científica? ¿Qué es? ¿Qué supone?

Un repaso histórico de la noción de evidencia científica, a los mimbres de su constitución, a su evolución y a los elementos y categorías que siguen siendo válidos y aquellos que ya han sido desechados.

- 2.1.- Cuestiones previas
- 2.2.- ¿Cómo se puede establecer una evidencia científica?
- 2.3.- La trayectoria histórica de la noción de evidencia científica
- 2.4.- Un resumen escueto de la “concepción heredada”
- 2.5.- La irrupción del modelo de la medicina basada en evidencia (MBE)
- 2.6.- La presunción de evidencia científica y la complejidad del mundo real



3.- ¿Cuáles son los estándares prácticos para identificar y determinar una evidencia científica?

3.1.- ¿Qué es un estándar de evidencia y para qué sirve?

3.2.- Descripción de los estándares básicos:

ESTÁNDAR NÚMERO UNO: UTILIZAR EL PRINCIPIO EMPÍRICO DE INDUCCIÓN GENERALIZADA.

ESTÁNDAR NÚMERO DOS: BASES MUESTRALES REPRESENTATIVAS Y PRUEBAS ESTADÍSTICAS ADECUADAS.

No se pueden ignorar los criterios que fundamentan la metodología empírica

¿Cómo se realiza el fraude en la muestra?

¿Por qué se comete este tipo de fraude?

Los fraudes en el análisis de datos: el uso torticero de la estadística



ESTÁNDAR NÚMERO TRES: CONTRASTE ENTRE DIVERSOS MÉTODOS PARA EVITAR LA APARICIÓN DE RESPUESTAS Y CONCLUSIONES SUGERIDAS, INSINUADAS O ESPERADAS.

Un problema poco conocido pero de gran importancia
¿Por qué se tiende hacia la subjetividad? El papel del propio procedimiento.
Una forma tradicional de subjetividad: confundir lo racional con lo empírico y lo inductivo con lo deductivo
Como se pueden superar los problemas de la inconsciencia subjetiva

ESTÁNDAR NÚMERO CUATRO: RESULTA IMPRESCINDIBLE MANTENER UN ADECUADO CONTROL EN EL TRABAJO DE CAMPO PARA GARANTIZAR LA ALEATORIEDAD Y LA REPRESENTATIVIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS MUESTRALES.

La aleatoriedad no es ni un mantra ni un eslogan
Un ejemplo de descontrol en el trabajo de campo
Una propuesta para un buen diseño de un trabajo de campo



ESTÁNDAR NÚMERO CINCO: LAS HIPÓTESIS FORMULADAS Y LOS HALLAZGOS OBTENIDOS DEBEN SOSTENERSE SOBRE UN MODELO RACIONAL Y TEÓRICO EXPLÍCITO.

Dificultades conceptuales y terminológicas

En la práctica cotidiana, ¿es empírico el empirismo?

La cuestión de las matemáticas

El caso de la economía

Los criterios de racionalidad

El racionalismo sustantivista y la cuestión de la medida desde lo humano



ESTÁNDAR NÚMERO SEIS: LA EVIDENCIA DEBE SER ADECUADAMENTE VALORADA Y COMPROBADA, CON MÉTODOS E INSTRUMENTOS PROPIOS DE LA EVALUACIÓN, POR PARTE DE LOS PROPIOS PROFESIONALES QUE REALIZAN LA INTERVENCIÓN.

¿Se ponen a prueba y de manera sistemática los hallazgos científicos?

Cómo se puede y se debe hacer

¿Por qué es este un estándar de evidencia?

ESTÁNDAR NÚMERO SIETE: LA EVIDENCIA APORTADA DEBE RESPETAR LOS CRITERIOS LÓGICOS DE FALSABILIDAD.

¿Qué es la falsabilidad?

¿Qué significa establecer la evidencia? La necesidad de fracasos y éxitos



4. ¿Cómo hay que gestionar estos estándares?

- 4.1.- Empleando una perspectiva aplicada a lo micro, pero con criterios racionales e informales
- 4.2.- Clarificando los intereses de los actores en la producción de la evidencia
- 4.3.- Compartiendo las virtudes públicas con el conjunto de la ciudadanía
- 4.4.- Considerando los estándares de evidencia científica como un sistema abierto
- 4.5.- Evitando la endogamia en la agenda de la política científica
- 4.6.- Visualizando la evidencia científica en la perspectiva de las políticas públicas
- 4.7.- Fomentando un modelo metodológicamente integrado de ciencia
 - 4.7.1.- La opción de la “tercera cultura”
 - 4.7.2.- La opción interdisciplinar
 - 4.7.3.- La opción de la metodología transdisciplinar
 - 4.7.4.- La opción de la tecno-filosofía
- 4.8.- Tratando de fosilizar al dinosaurio



5.- Consideraciones finales en torno a la política científica y la relación entre el conocimiento y acción práctica

Finalmente algunos ejemplos de valor pedagógico.

LA ATENCIÓN A LAS ADICCIONES SIN SUNTANCIAS

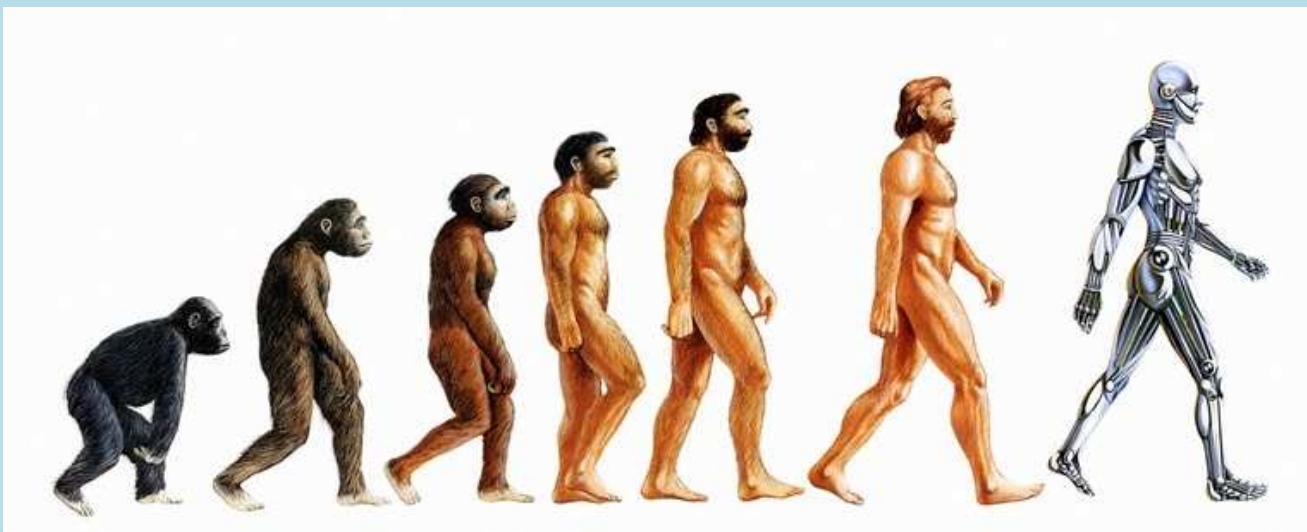
- Conductor de Sesión: José Luís Rabadán.
ARAD Rioja
- Experiencia: Asociación ATABAL

LA ATENCIÓN A LAS ADICCIONES SIN SUSTANCIA

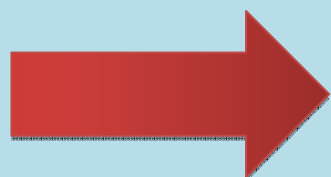
**JOSÉ LUIS RABADÁN RITUERTO
MÉDICO.
ESPECIALISTA EN ADICCIONES
Presidente de ARAD**



**LAS ADICCIONES SIN
SUSTANCIA...
EXISTEN**



**Naturaleza
humana**



SER DEPENDIENTES

- Drogas clásicas
- Drogas nuevas
- ADICCIONES SIN SUSTANCIA

**COMPORTAMIENTOS QUE NO
IMPLICAN NECESARIAMENTE
CONSUMO DE SUBSTANCIAS, SINO
UNA RELACIÓN PATOLÓGICA CON
CIERTOS COMPORTAMIENTOS
NORMALES**

Echeburúa, 1999; Griffiths, 1999, etc.

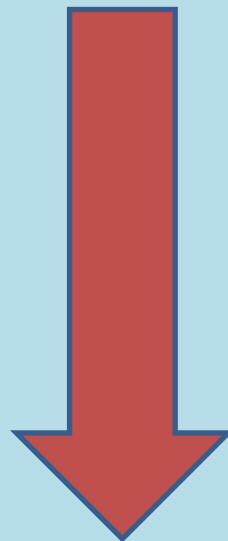
ADICCIONES SIN SUSTANCIA

también conocidas como psicológicas, comportamentales, adicciones sin drogas, no químicas, no tóxicas, conductuales, psicosociales, socioculturales, etc.



ADICCIONES SIN SUSTANCIA

ADICCIONES QUÍMICAS



**SIMILARES PERFIL CLÍNICO Y
ENFOQUE TERAPÉUTICO**

ADICCIONES SIN SUSTANCIA

AUTOCONTROL DEFICIENTE DE LA CONDUCTA

Pérdida de control sobre la actividad.

Continuación de la conducta a pesar de las consecuencias adversas.

Dependencia psíquica.

Síndrome de abstinencia si no puede realizarse esa conducta.

Pérdida de interés por otras conductas previamente satisfactorias.

COMPONENTES FUNDAMENTALES DE LOS TRASTORNOS ADICTIVOS

Frecuencia con que realiza la conducta

FALTA DE CONTROL

DEPENDENCIA



ADICCIÓN SIN SUSTANCIA

Es toda aquella conducta repetitiva que resulta placentera, al menos en las primeras fases, y que genera una pérdida de control en la persona (más por el tipo de relación establecida que por la conducta en sí misma), con una interferencia grave en su vida cotidiana, a nivel familiar, laboral o social.

COMPORTAMIENTO ADICTIVO

DESEO MODERADO

OBSESIÓN INTENSA

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

PÉRDIDA DE INTERÉS POR OTRAS CONDUCTAS
PREVIAMENTE SATISFACTORIAS



ALGUNA DIFERENCIA ENTRE LAS ADICCIONES QUÍMICAS Y LAS ADICCIONES SIN SUSTANCIA

**ADICCIÓN QUÍMICA MÚLTIPLE
(politoxicomanía)**

FRECUENTE

**ADICCIÓN SIN SUSTANCIA
MÚLTIPLE**

**NO
FRECUENTE**

**ADICCIÓN SIN SUSTANCIA +
ADICCIÓN QUÍMICA**

FRECUENTE

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF
MENTAL DISORDERS
FIFTH EDITION

DSM-5™

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

**AUSENCIA DE
SUSTANCIA
TÓXICA**

**NEUROTOXICIDA
D**

ADICCIONES

Adict@s

Compras

Comida

Sexo

Comida

Com

INTERNET

Trabajo

Juego

Juego

INTERNET

Compras

DIFERENTES ADICCIONES SIN SUSTANCIA

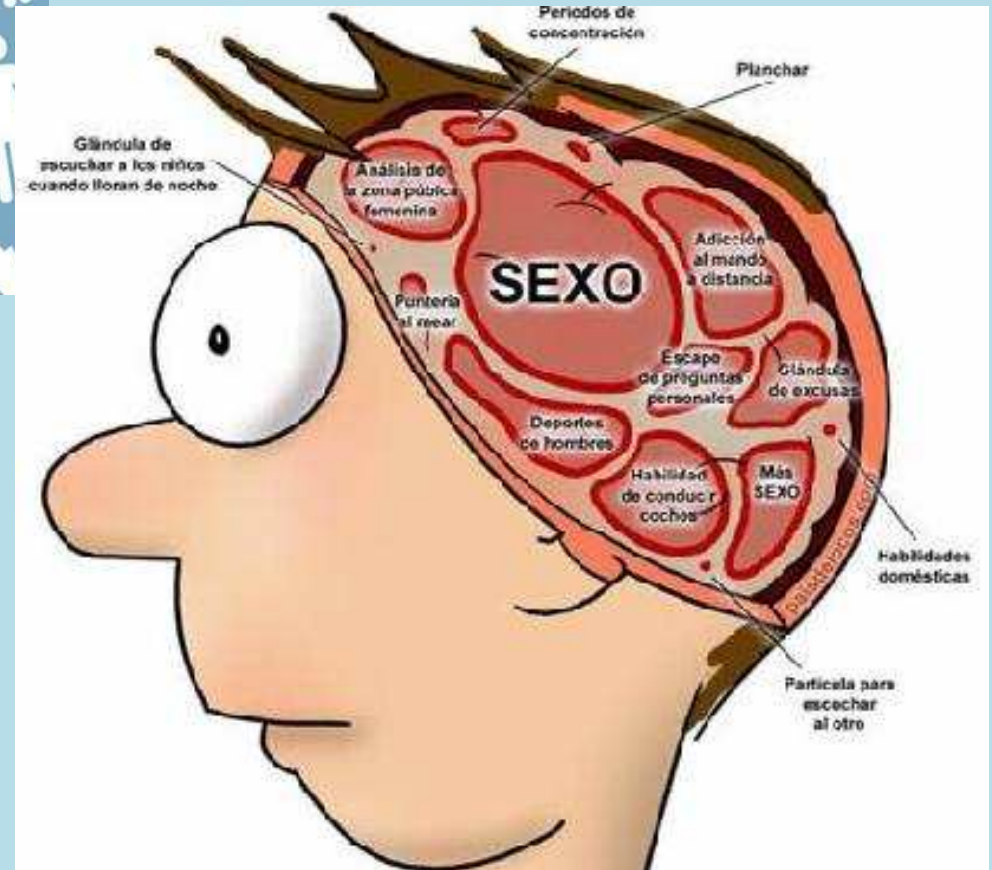
JUEGO PATOLÓGICO	ADICCIÓN AL TRABAJO
AL SEXO	A LAS COMPRAS
A LA COMIDA	A INTERNET
AL COLECCIONISMO	A LA TELEVISIÓN
A LOS VIDEOJUEGOS	AL MÓVIL
ADICCIÓN COMPULSIVA AL DEPORTE	CIBERADICCIÓN o TECNOADICCIÓN o ADICCIONES ON LINE
A LAS APUESTAS ON LINE...	A LA MÚSICA...
AL AMOR	...

JUEGO PATOLÓGICO





ADICCIÓN AL TRABAJO



ADICCIÓN AL SEXO

ADICCIÓN A LAS COMPRAS

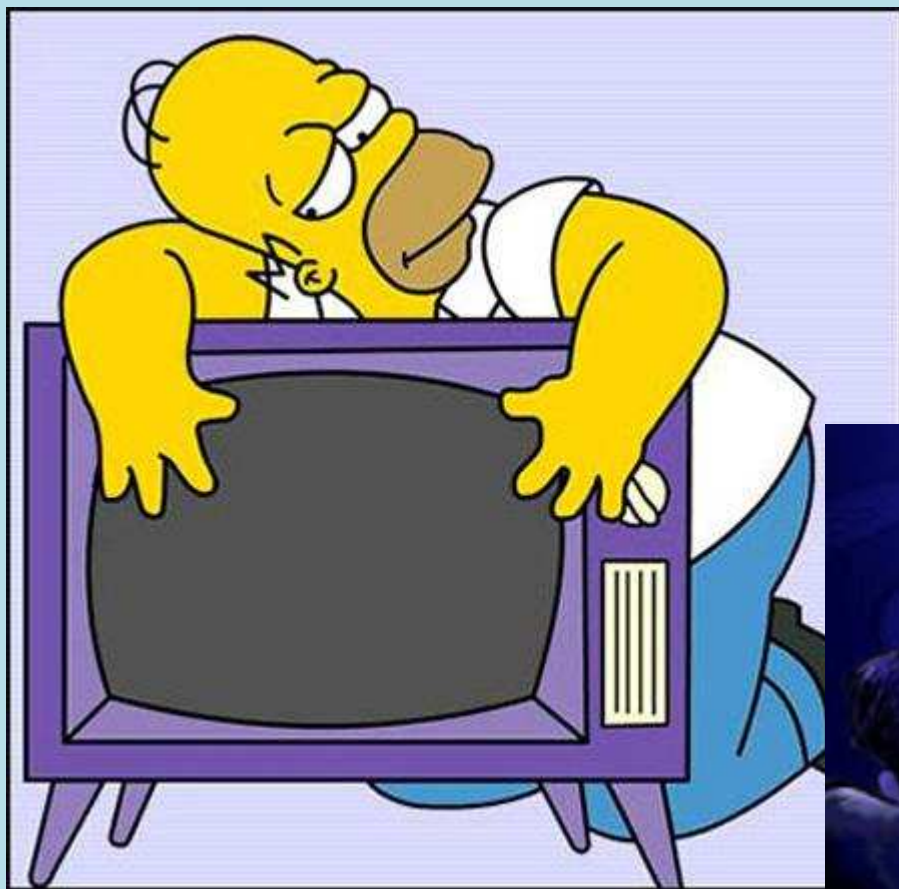


ADICCIÓN A LA COMIDA





ADICCIÓN AL COLECCIONISMO



ADICCIÓN A LA TELEVISIÓN

VIGOREXIA



ADICCIÓN COMPULSIVA AL DEPORTE



ADICCIÓN A LA MÚSICA

ADICCIÓN AL AMOR



ASPECTOS DEFINITORIOS DE LAS ADICCIONES SIN SUSTANCIA

FRECUENCIA CON QUE SE REALIZA UNA CONDUCTA	NO DEFINITORIO
---	-----------------------

PÉRDIDA DE CONTROL SOBRE LA CONDUCTA	SI DEFINITORIO
---	-----------------------

ESTABLECIMIENTO DE UNA RELACIÓN DE DEPENDENCIA	SI DEFINITORIO
---	-----------------------

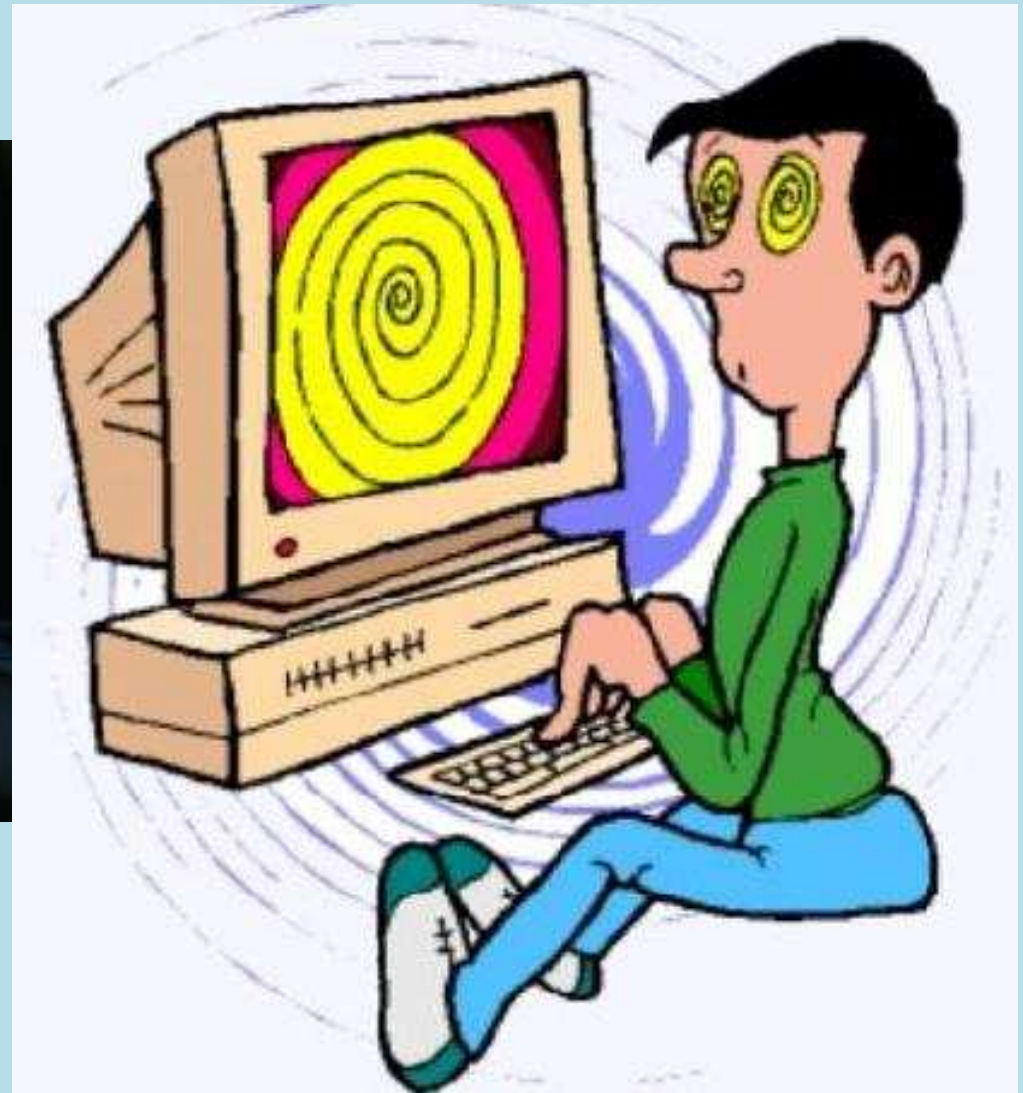
INTERNET

VIDEO JUEGOS

MÓVIL

APUESTAS ON LINE

CIBERADICCIONES



ADICCIÓN A INTERNET

GOLDBERG (1995) CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

cambios drásticos en los hábitos de vida

disminución de la actividad física

descuido de la salud

evitación de actividades

deprivación o cambio en los patrones de sueño

disminución de la sociabilidad

negligencia respecto a la familia y amigos

rechazo a dedicar tiempo extra en actividades fuera de la Red

deseo de más tiempo para estar frente al ordenador

negligencia respecto al trabajo y las obligaciones personales

Young (1996)

tolerancia

**síntomas de
abstinencia**

**deseo intenso de
acceder a Internet
más a menudo y por
más tiempo**

**consecuencias
negativas para la
vida**

INVESTIGACIONES



Griffiths (1998)

**cambios en el estado de ánimo cuando empieza la actividad
inquietud e irritabilidad cuando no se está conectado o se
es interrumpido durante la conexión
recaídas después de intentos por interrumpir o controlar la
frecuencia de acceso a la red**

**Shapira et al.
(2003)**

trastorno del control de los impulsos

**Young y Rogers
(1998)**

depresión leve o moderada

**Kraut et al.
(1998)**

**sintomatología depresiva, soledad, disminución de las
relaciones y comunicación con la familia y un mayor
aislamiento social**

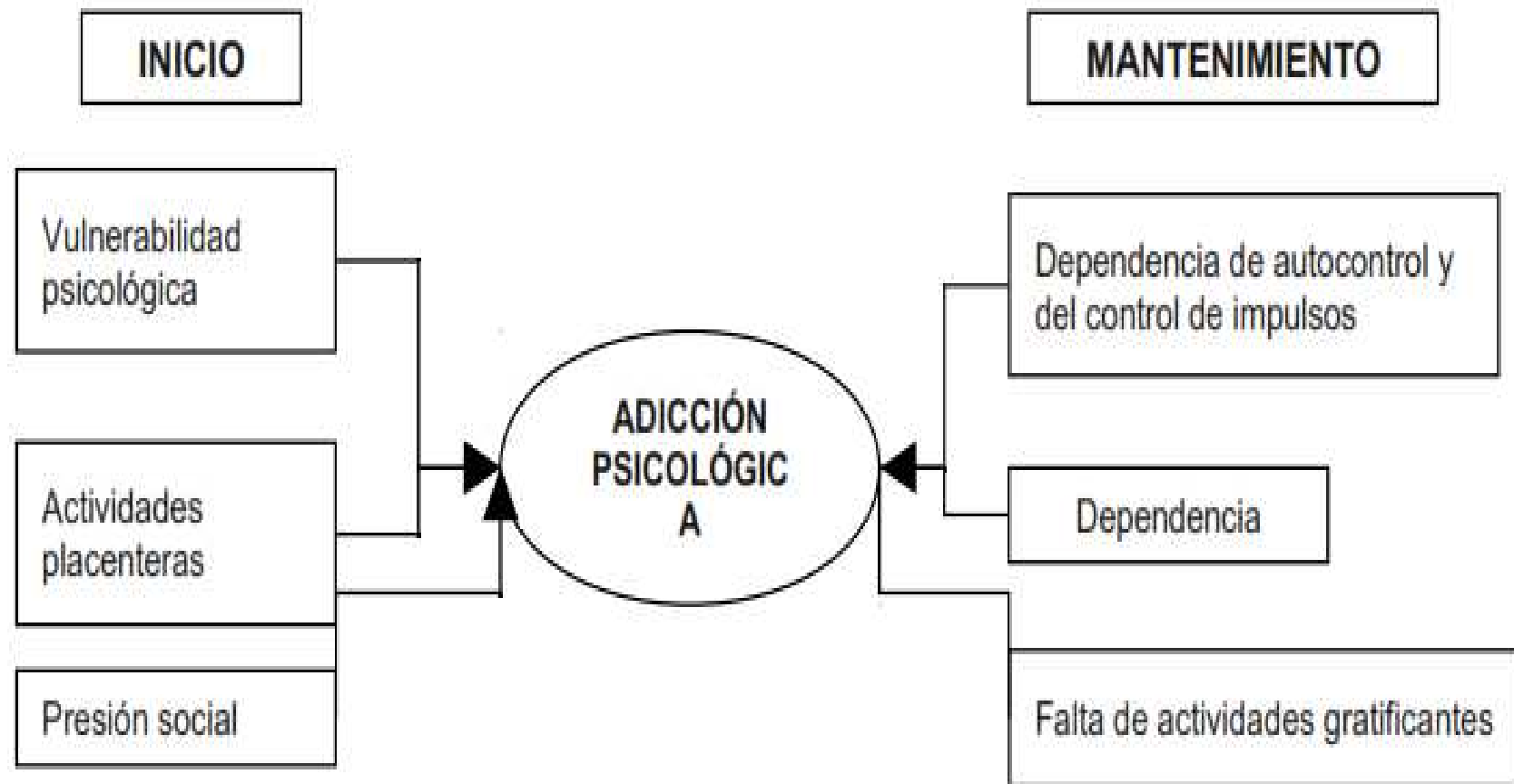
Yang (2001)

**sintomatología obsesivo compulsiva, mayor sensibilidad
interpersonal, somatización, ansiedad y hostilidad**





**PROCESO POR EL QUE UNA
PERSONA SE CONVIERTE EN ADICTO**



ECHEBURÚA Y COLS.

COBERTURA NECESIDADES BÁSICAS	VULNERABILIDAD PSICOLÓGICA
Estimulación solitaria	Déficits de personalidad
Búsqueda de interacción social	Déficits en las relaciones interpersonales
	Déficits cognitivos
	Alteraciones psicopatológicas

ECHEBURÚA Y COLS.

MECANISMOS PSICOLÓGICOS

**Aplicaciones
adictivas**

Apoyo social

Satisfacción sexual

**Creación
personalidad
ficticia**

**Personalidades
reveladas**

**Reconocimiento y
poder**

Young 1997

Davis 1999

VISIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

CAUSAS PROXIMALES

DISTORSIONES COGNITIVAS

PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS

CAUSAS DISTALES

VULNERABILIDAD

ESTRESOR



CONSECUENCIAS NEGATIVAS RECONOCIDAS

Síntomas de abstinencia (físicos y psicológicos)

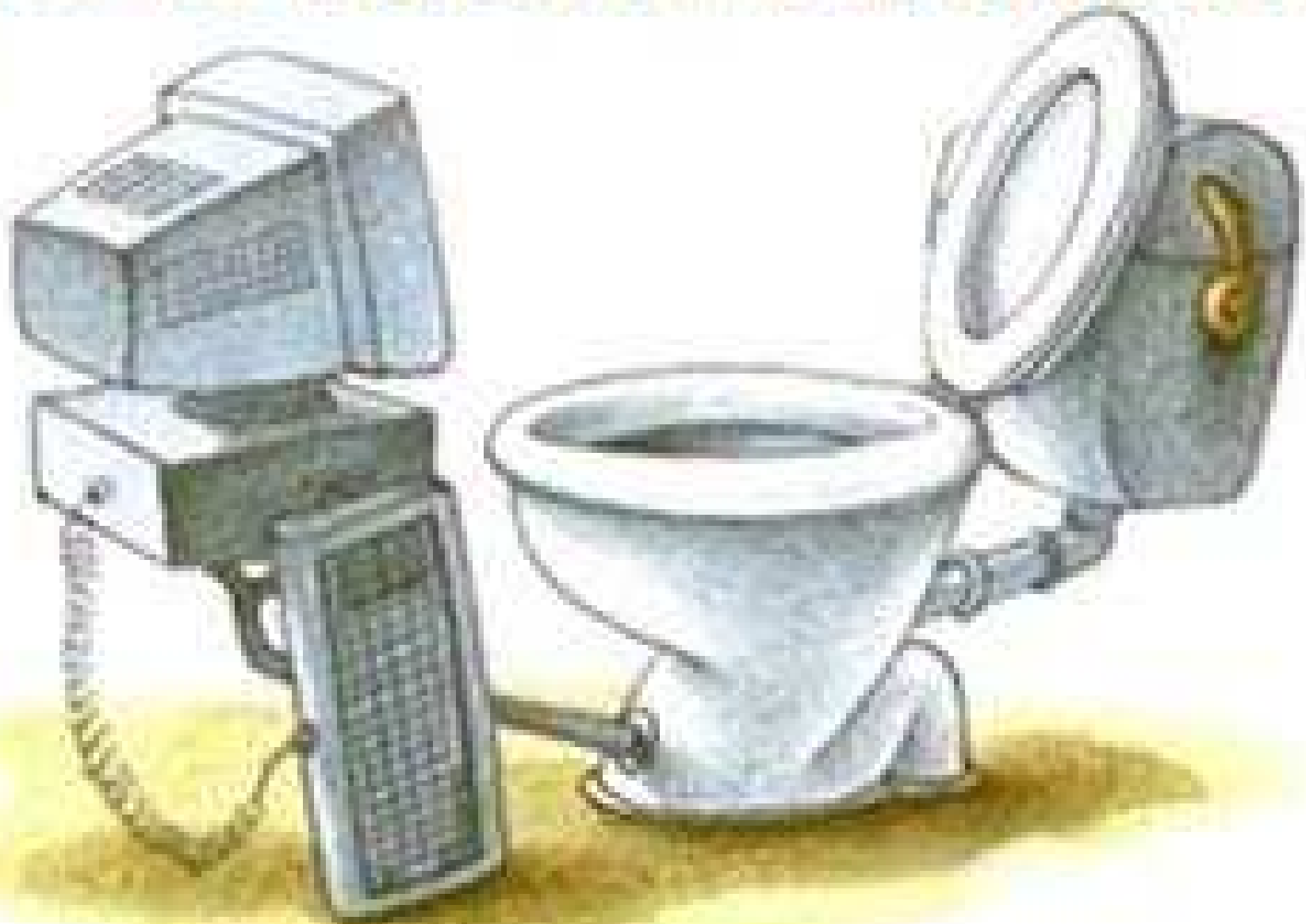
Consecuencias escolares

Modificación del estado de ánimo

Problemas físicos

Consecuencias familiares

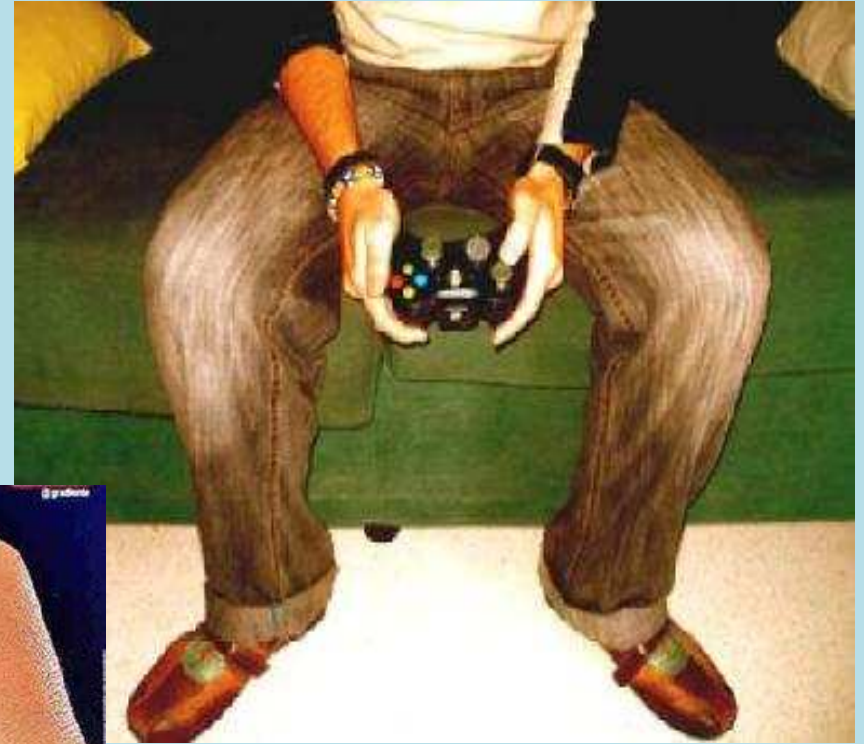
¡NO SOY ADICTO A INTERNET!





¿ADICTO A INTERNET?

¿Yo?



ADICCIÓN A LOS VIDEOJUEGOS

CARACTERÍSTICAS

Obsesión por el juego

Tolerancia

Pérdida de control

**Síndrome de
abstinencia**

Negación

**Ignorancia
consecuencias**



ADICCIÓN AL MÓVIL

ASPECTOS FACILITADORES DEL USO Y ABUSO DEL MÓVIL

Gran difusión

Disminución de las tarifas

Instrumento de reafirmación social

Fomento del uso indiscriminado del móvil

Para ampliar las relaciones sociales

Percepción de control que otorga

LOS MÓVILES COMO SEÑA DE IDENTIDAD DEL JOVEN (Castels)

prestaciones

se expresan con y a través del móvil

integran al joven en su grupo de iguales

intimidad de sus comunicaciones

conforman una identidad, una actitud

pero también lo apartan

**ADICCIÓN
POTENCIAL**



SÍNTOMAS ADICCIÓN AL MÓVIL (según los adolescentes Españoles)

INCOMUNICACIÓN

DEPENDENCIA FÍSICA

DEPENDENCIA PSICOLÓGICA

DEJAR DE LADO OTRAS ACTIVIDADES GRATIFICANTES

INTERFERENCIA EN LA VIDA DE LA PERSONA

TOLERANCIA



**indefinición
conceptual**

**criterios
diagnósticos**

prevalencia



instrumentos

autoatribución

ADICCIÓN AL MÓVIL

rasgo de personalidad

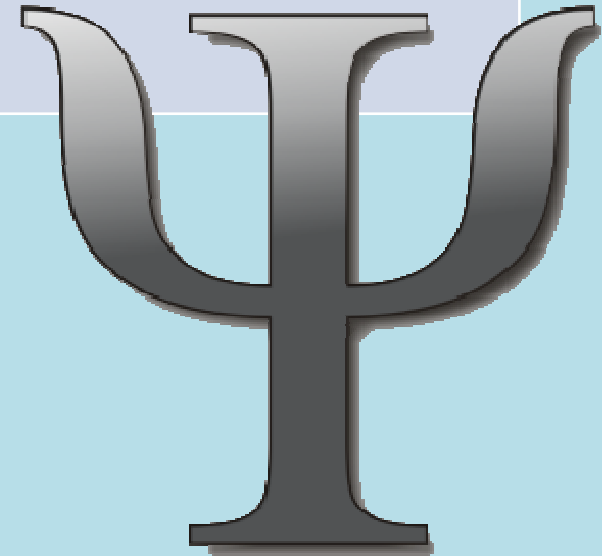
baja autoestima

uso más intenso

extraversión

síntoma psicopatológico

depresión



ADICCIÓN AL MÓVIL

USO INADECUADO Y SIN CONTROL DE LA TELEFONÍA MÓVIL

PROBLEMAS

COMPORTAMENTALES

AFECTIVOS

SOCIALES



CONSECUENCIAS DE LA ADICCIÓN AL MÓVIL

SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA

FALTA O PÉRDIDA DE CONTROL

PROBLEMAS DERIVADOS DEL USO

tolerancia

**INTERFERENCIA CON OTRAS
ACTIVIDADES**







WhastApp

SÍNTOMAS QUE INDICAN ADICCIÓN A WHATSAPP



O que se hace un uso demasiado obsesivo de la aplicación

Estar siempre pendiente para saber si se han recibido nuevos WhatsApp

Mirar de forma obsesiva el 'doble check'

síndrome de las 'vibraciones fantasma'

Sentimientos de desánimo por no haber recibido ningún mensaje

estar 'hiperconectado'

ADICCIÓN AL JUEGO ON LINE





Bellvitge
Hospital



Unitat del Joc Patològic del Hospital Universitari de Bellvitge

**incremento de consultas por problemas
con las nuevas tecnologías**

representan ya el 26,5% del total

**12 % tiene que ver con la adicción a
nuevas tecnologías, videojuegos y
redes sociales**

14,5% con apuestas por Internet

UNA ACTIVIDAD MERAMENTE LÚDICA SE PUEDE CONVERTIR EN UN PROBLEMA

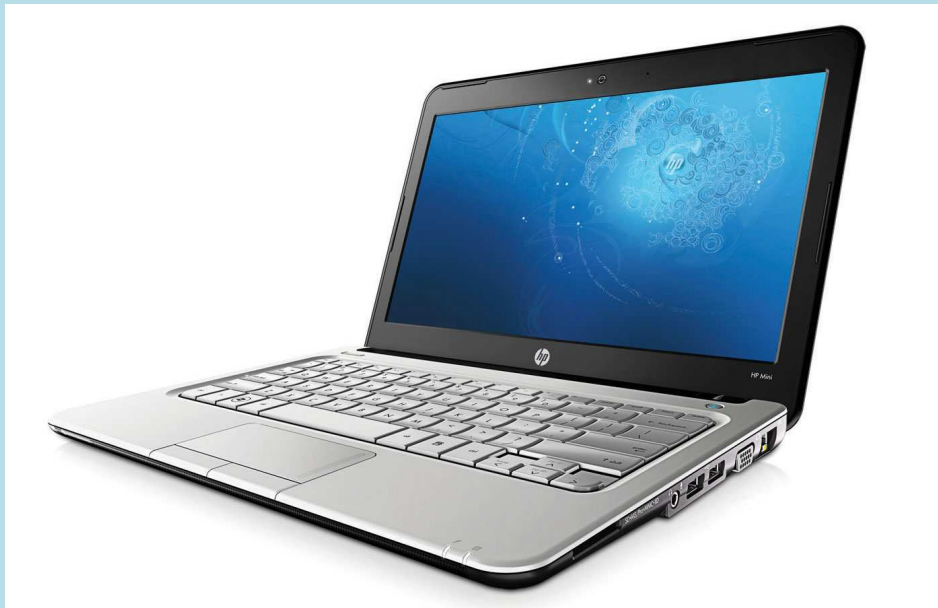
LA PERSONA "ESTÁ CONSTANTEMENTE PREOCUPADA EN CÓMO CONSEGUIR DINERO PARA SEGUIR JUGANDO Y TAPAR LAS DEUDAS"

CUANDO ESTA ACTIVIDAD LE PROVOCA UN IMPACTO EN LA FAMILIA Y EL AFECTADO INTENTA ESCONDERLO

PROBLEMA: "CUANDO EL JUEGO DEJA DE SER UN ENTRETENIMIENTO Y PASA A SER UNA NECESIDAD".

Problema





FACTORES DE RIESGO PARA LAS ADICCIONES ON LINE

PSICOLÓGICOS

**TENER UNA ALTA IMPULSIVIDAD, LA
NECESIDAD DE BUSCAR
SENSACIONES
FUERTES, DIFICULTADES PARA
AFRONTAR CONFLICTOS Y BAJA**

SOCIALES

**VIVIR EN UN ENTORNO QUE HAYA
FAVORECIDO EL JUEGO DESDE
EDADES MUY
PRECOCES O HABER SUFRIDO
SITUACIONES
ESTRESANTES O TRAUMÁTICAS**

CIBERADICCIONES O TECNOADICCIONES O ADICCIONES ON LINE (TIC)







smartphones



facebook®

tuenti



Me gusta

twitter

Un abuso es un uso más allá de lo razonable



**lo razonable
no está definido**

**uso adecuado, abuso y
dependencia de las tic**

CUESTIONES IMPORTANTES EN EL CAMPO DE LAS TIC

EXISTEN POSTURAS DIVERSAS

HAY UNA GRAN FALTA DE CONCRECIÓN

INEXISTENCIA DE REFERENTES

COMORBILIDAD

COLECTIVOS ADOLESCENTES (PRINCIPALMENTE)

CONSTATACIÓN DE QUE ES UN FENÓMENO EN FUERTE CRECIMIENTO

ADICCIÓN A LAS NUEVAS TIC. DIFERENTES TIPOS

ADICCIÓN AL CIBERSEXO

**ADICCIÓN A LAS COMUNIDADES
ONLINE (O REDES SOCIALES)**

**ADICCIÓN A LA
PORNOGRAFÍA ONLINE**

ADICCIÓN AL BLOGGING

**ADICCIÓN AL JUEGO
ONLINE**

**ADICCIÓN A LAS COMPRAS
ONLINE**

**ADICCIÓN A LAS
SUBASTAS ONLINE**

ADICCIÓN AL ORDENADOR

**ADICCIÓN AL TELÉFONO
MÓVIL**

ADICCIÓN AL WHATSAPP

ADICCIÓN A LOS SMS

ADICCIÓN A LOS VIDEOJUEGOS

PROBLEMAS DE LAS CIBERADICCIONES

NOS SERVIRÁN PARA DETECTARLAS

Repercusiones sociales

Problemas alimenticios

Depresión, aislamiento personal

Escaso control de los impulsos.

Pérdida del sentido del tiempo

Repercusiones personales

Ansiedad, empleo de la conducta como vía de escape de la realidad.

Déficit de atención

Pérdida de habilidades sociales

Síndrome de abstinencia

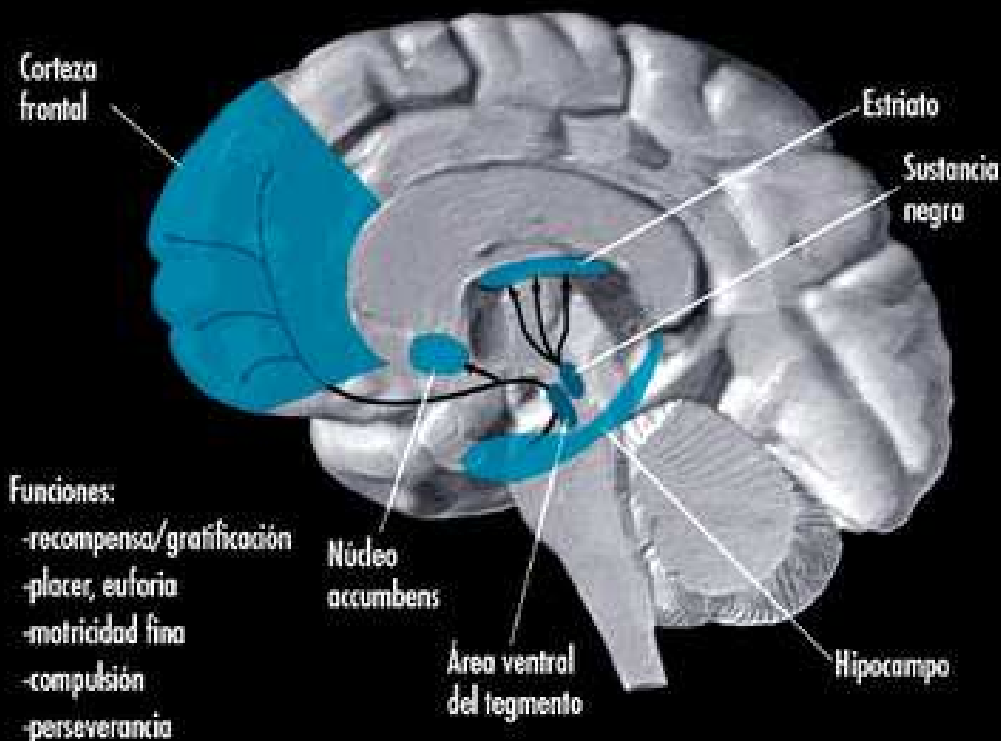


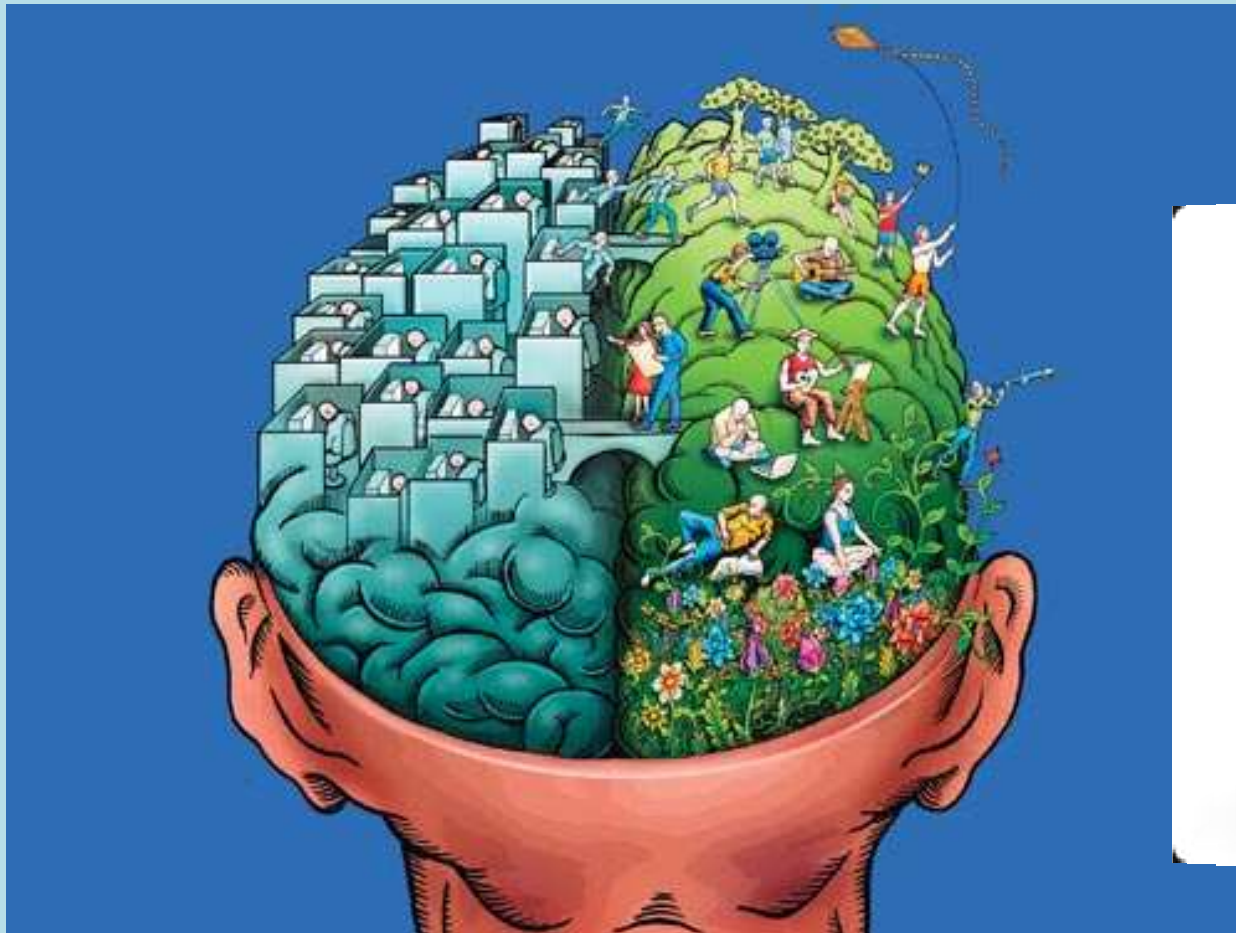
LINE VS WHATSAPP

El nuevo ha llegado

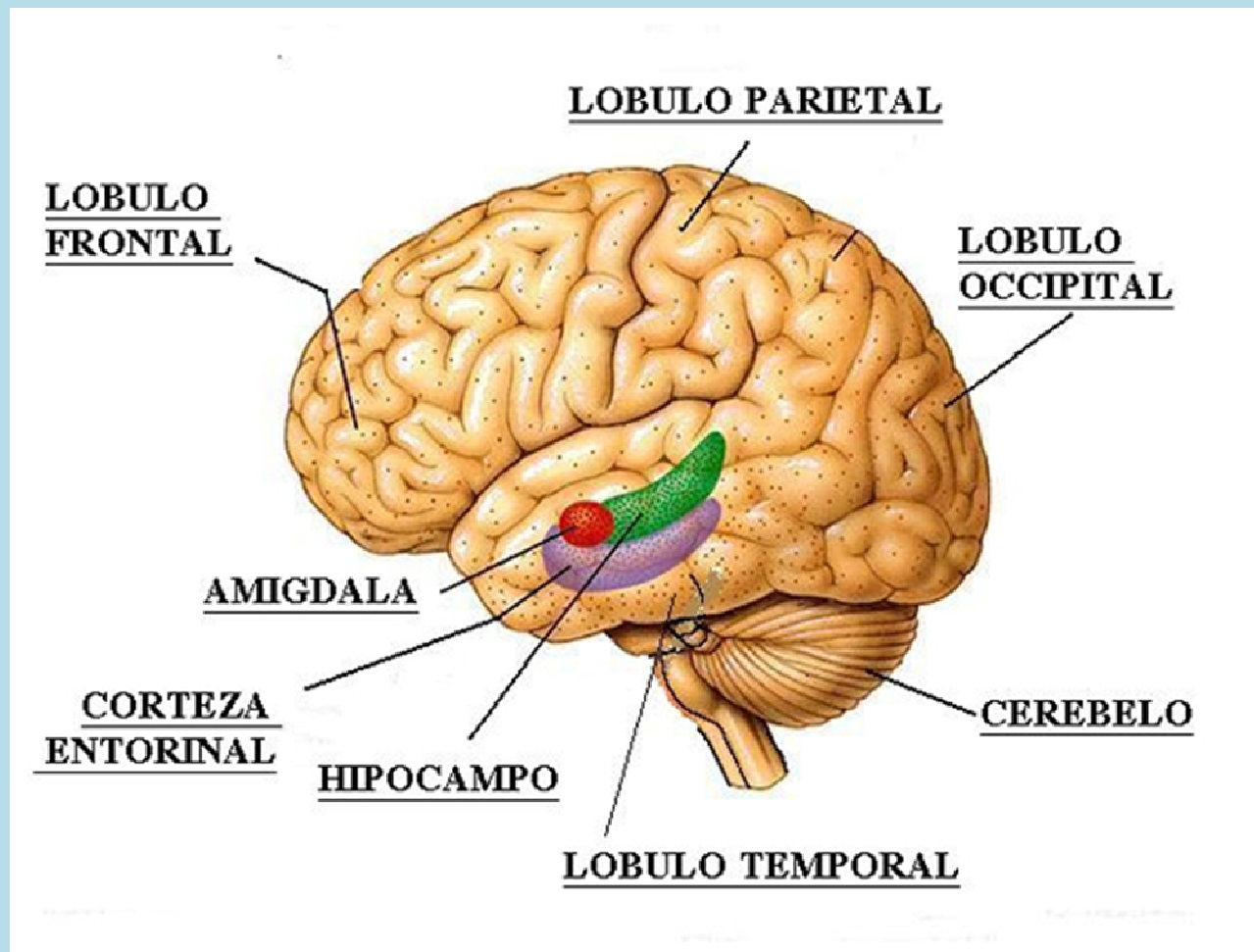
EL PROCESO DE ADICCIÓN EN LAS ADICCIONES SIN SUSTANCIA

Vías de acción de la dopamina





**SISTEMA CEREBRAL
DE RECOMPENSA**



ADICCIONES SIN SUSTANCIA

USO

ABUSO

ADICCIÓN

ETAPAS DE LA EVOLUCIÓN DE LAS ADICCIONES SIN SUSTANCIA

AL PRINCIPIO	La conducta es placentera
DESPUÉS	Aumento de los pensamientos referidos a la conducta
MÁS ADELANTE	La conducta se hace cada vez más frecuente
SEGUIMOS...	Deseo intenso de llevar a cabo esa conducta, con expectativas de alivio del malestar
AL FINAL	La conducta se mantiene a pesar de las consecuencias negativas.





Las adicciones sin sustancia tapan y disfrazan los verdaderos conflictos



FACTORES PSICOLÓGICOS DE PREDISPOSICIÓN PARA SUFRIR UNA ADICCIÓN SIN SUSTANCIA

Variables de Personalidad

- Impulsividad
- Búsqueda de sensaciones
- Autoestima baja
- Intolerancia a estímulos displacenteros
- Estilo de afrontamiento inadecuado

Vulnerabilidad emocional

- Estado de ánimo disfórico
- Carencia de afecto
- Cohesión familiar Débil
- Pobreza de relaciones Sociales



TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES SIN SUSTANCIA

Factores
Biológicos

Factores
Psicológicos

Factores
Sociales



**INTERVENCIÓN
BIOPSICOSOCIAL
EDUCATIVA**

PREMISAS PARA LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO

Reconocimiento de la existencia del problema

Tratamiento de las enfermedades asociadas

Reducción progresiva del tiempo dedicado a la realización de la conducta que provoca la adicción sin sustancia

Apoyo psicológico y/o grupos de autoayuda

Apoyo social

Apoyo farmacológico

IMPLICACIÓN DEL ENTORNO MÁS CERCANO

**Gran dificultad para hablar de
un tratamiento único de las
ADICCIONES SIN SUSTANCIA**



ASPECTOS COMUNES DE LAS ADICCIONES QUÍMICAS Y LAS ADICCIONES SIN SUSTANCIA

PÉRDIDA DE CONTROL

DEPENDENCIA



**OBJETIVO
TERAPÉUTICO**

ABSTINENCIA?

CONTROL?

OBJETIVO TERAPÉUTICO EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

ADICCIONES QUÍMICAS

ABSTINENCIA TOTAL

ADICCIONES SIN SUSTANCIA

JUEGO PATOLÓGICO

ABSTINENCIA TOTAL

RESTO ADICCIONES SIN
SUSTANCIA

REAPRENDIZAJE DEL
CONTROL DE LA CONDUCTA

TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN ADICCIONES SIN SUSTANCIA

TRATAMIENTO INICIAL

Control de estímulos

Exposición con prevención de recaídas

TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO



TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN ADICCIONES SIN SUSTANCIA

TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO

A MEDIO PLAZO

Identificación de situaciones de riesgo

Aprendizaje de respuestas de afrontamiento adecuadas

Modificación de las distorsiones cognitivas sobre su capacidad de control

A LARGO PLAZO

Solución de problemas específicos

Cambios en el estilo de vida



CONTROL DE LA CONDUCTA ADICTIVA

RECUPERACIÓN OBJETIVA

No se realiza la conducta adictiva porque se le impide hacerla

RECUPERACIÓN SUBJETIVA

No implicarse en la conducta adictiva, a pesar de tener la posibilidad de hacerlo



Yo no tengo twitter ni
instagram.
Por eso voy por las calles
gritando
que he comido, que tomo y
como esta la cosa en casa.
Estoy tratando de hacer
amigos.
Hasta ahora tengo
tres seguidores.
Dos policías y un doctor



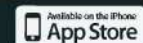
WhatsApp**paranoia**

WhatsApp**paranoia** A WhatsApp upgrade for WTF users



-  *Tu mensaje ha sido enviado.*
-  *Tu mensaje ha sido recibido.*
-  *Tu mensaje ha sido leído.*
-  *Tu mensaje ha sido leído por la persona que querías que lo leyera.*
-  *¿Sigue sin contestarte? En serio, ya leyó tu mensaje.*
-  *No, no hay ningún error en la red, ya leyó tu mensaje.*
-  *Sí, sí trae su teléfono consigo, y ya leyó tu mensaje.*
-  *Simplemente no quiere contestarte, freak.*

CINISMOILUSTRADO.COM



**"Twitter te hace creer que eres sabio,
Instagram que eres fotógrafo y Facebook que
tienes amigos. El despertar va a ser duro"**

J.F. Leroy



**DESDE QUE TENGO
FACEBOOK
SE ME QUEMA EL 50%
DE LA COMIDA**

LaComunaPink.Com



CIENTIFICOS han descubierto
una novedosa forma
de chatear en directo
a través de la voz y
en **3D** lo llaman



TOMARSE UN CAFÉ CON ALGUIEN





LAS
ADICCIONES
SIN
SUSTANCIA...
EXISTEN



MODELO DE INTERVENCIÓN PARA RETOS ACTUALES EN ADICCIONES
(Madrid 12-13 junio 2.014)

Muchas gracias



UNIÓN DE ASOCIACIONES Y ENTIDADES
DE ATENCIÓN AL DROGODEPENDIENTE

<http://www.slideshare.net/joseluisrabadan/adicciones-sin-sustancia>

ATABAL, ASOCIACIÓN
PARA LA ATENCIÓN A
LAS DEPENDENCIAS Y
ADICCIONES

TRATAMIENTO DE
JUEGO PATOLÓGICO

atabal

Plaza de Cervantes, nº6 1ºB
06002 BADAJOZ

Telf./Fax: 924 248 383
e-mail: a.atabal@wanadoo.es
www.asociacionatabal.es



QUIENES SOMOS

- ◉ El equipo promotor de ATABAL comenzó su andadura en septiembre de 1986
- ◉ ATABAL (Asociación para la atención de dependencias y adicciones) se fundó como tal en marzo de 1993. Fueron años de formación, búsqueda, reflexión, y en definitiva de aprendizaje, pero siempre en contacto con la realidad desde distintos niveles. Fruto de este trabajo nació una línea de actuación propia, multidisciplinar y sensible al cambio.

Equipo multidisciplinar:

- ◉ PSICÓLOGOS/AS
- ◉ TRABAJADORAS SOCIALES
- ◉ SANITARIOS (Médico y Enfermera)
- ◉ ABOGADAS



CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO

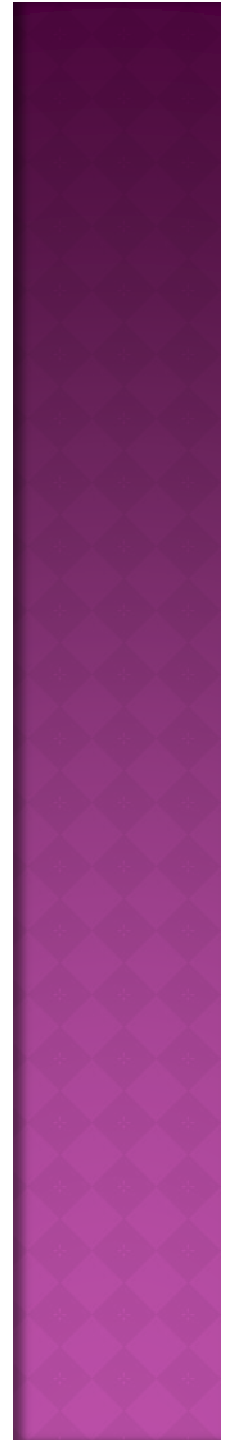
- ◉ Nuestro tratamiento es ambulatorio y en medio abierto.
- ◉ Individualizado, adaptándolo al perfil de la persona.
- ◉ Con una perspectiva bio-psico-social.
- ◉ La actuación profesional es interdisciplinar
(psicólogos, trabajadores sociales, abogados, sanitarios,...)

OBJETIVO GENERAL

- Incidir de forma integral sobre las adicciones, utilizando los recursos de la Comunidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICO

- Atender demandas de asesoramiento y tratamiento de dependencias en medio abierto, promoviendo individuos competentes y normalizando su situación dentro de la comunidad.



ADICCIÓN

Patrón conductual de abuso caracterizado por:

- ◉ dependencia apremiante respecto a la emisión de determinada conducta (consumir sustancias, jugar, etc), uso compulsivo
- ◉ asegurarse la accesibilidad de la misma
- ◉ gran tendencia a recaer tras interrumpir el acceso

JUEGO PATOLÓGICO O LUDOPATÍA

- ◉ Los seres humanos tenemos un amplio repertorio de conductas entre las que se encuentra el Juego.
- ◉ Distinguir dos tipos diferentes de conductas de juego, en función de su finalidad:
 - juego como pasatiempo (actividad lúdica)
 - juego como procedimiento que implica asumir riesgos económicos con posibilidad de ganancia (presencia de incentivos económicos)
- ◉ Es este último tipo de juego el que facilita la aparición de una conducta problemática: Ludopatía.

JUEGO PATOLÓGICO O LUDOPATÍA

- ◉ En nuestro país el juego ha pasado por un **proceso de institucionalización** mediante el cual se han legalizado diferentes tipos de juego, pasando a formar parte de la **vida cotidiana**.
- ◉ Algunos individuos desarrollan el trastorno casi desde las primeras apuestas, mientras que para otros la evolución es de varios años: pasando del juego social al patológico.

JUEGO PATOLÓGICO O LUDOPATÍA

- ◉ Aquellos juegos en los que el **intervalo de tiempo entre la apuesta y el premio es menor** son los que presentan una mayor capacidad adictiva.
- ◉ El **curso natural del trastorno es crónico**, pero el **patrón de juego puede ser continuo o episódico**. Aunque pueden aparecer episodios libres de juego, se observa un empeoramiento progresivo, e incluso puede haber **sustitución** de un juego por otro o **asociación de varios**.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- A. Comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente, como indican por lo menos cinco (o más) de los siguientes ítems:
- ◉ **1.** preocupación por el juego (p. ej., preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores o planificar la próxima aventura, o pensar formas de conseguir dinero con el que jugar)
 - ◉ **2.** necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- ◉ **3.** fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego
- ◉ **4.** inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego
- ◉ **5.** el juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (p. ej., sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- ◉ **6.** después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de "cazar" las propias pérdidas)
- ◉ **7.** se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego
- ◉ **8.** se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo, o abuso de confianza, para financiar el juego

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- ◉ **9.** se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego
- ◉ **10.** se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

B. El comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia de un episodio maníaco.



INCIDENCIA EN LOS CENTROS DE TRATAMIENTO

- ◉ El juego que mayor demanda tiene es el de las “máquinas tragaperras”, seguido pero muy de lejos, por el bingo, y posteriormente por el resto de los juegos.
- ◉ Los factores que influyen para que esto sea así:
 - facilidad para el acceso (se encuentran en la mayoría de los bares)
 - bajo coste de la apuesta (con pocos céntimos ya se puede participar)
 - reforzamiento inmediato (el premio se recibe en el mismo momento)

PORQUÉ SE COMIENZA A JUGAR

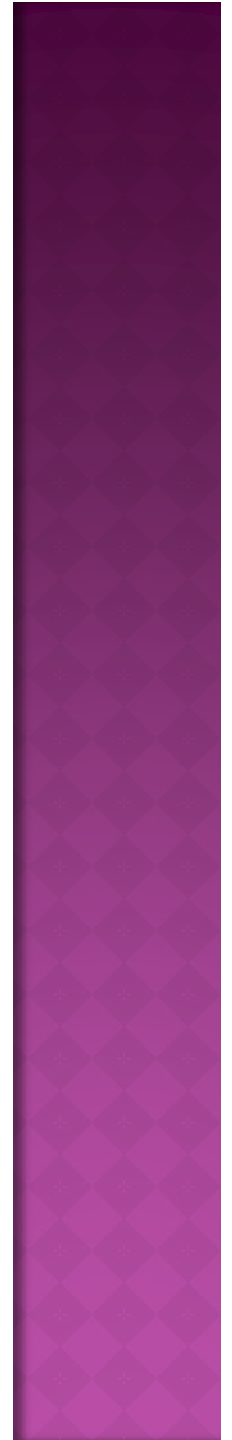
- ◉ Fácil acceso al juego: bares, salas recreativas, online
- ◉ Cultura del juego: se acepta y se fomenta el juego
- ◉ Modelos de jugadores: hay jugadores en el entorno
- ◉ Actitudes positivas hacía el juego: “ algo bien visto”
- ◉ Valores basados en el dinero, bienes materiales
- ◉ Falta de ahorro, ausencia de planificación de gastos

SITUACIONES QUE FACILITAN QUE SE JUEGUE

- ◉ Pasar por delante de una sala recreativa/bar/bingo
- ◉ Escuchar el sonido de una máquina recreativa con premio
- ◉ Rutas de juego: recorridos que están asociados al juego
- ◉ Momentos determinados del día
- ◉ Disponer de dinero
- ◉ Haber perdido y querer recuperar el dinero perdido

Estados de ánimo que facilitan que se juegue

- ◉ Estar aburrido
- ◉ Estar preocupado
- ◉ Estar tenso
- ◉ Estar triste/ deprimido



Otros factores

Pensamientos erróneos sobre los juegos de azar, ausencia de otras actividades alternativas al juego y las dificultades para solucionar los problemas llevan a jugar para:

- Evasión de los problema
- Alivio de la tensión



TRATAMIENTO

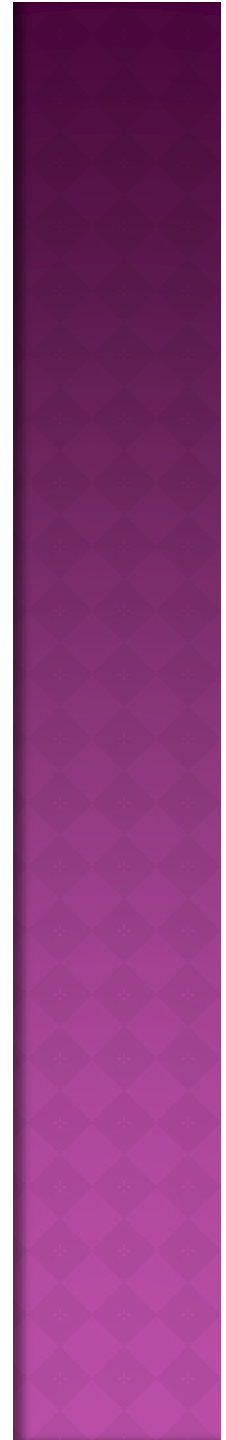
- ◉ Para la consecución de los objetivos mencionados se llevan a cabo las siguientes **Actividades**:

Primer contacto con el usuario: se realiza bien por vía telefónica o de forma presencial en la sede de la Asociación, siempre a demanda del propio usuario. En este primer contacto se realiza un asesoramiento, orientación y/o concertación de entrevista de acogida.

Entrevista de Acogida: se presenta al usuario y su familia el funcionamiento y actividades de la Asociación, informando sobre el programa terapéutico. Se recaban datos generales respecto del usuario para definir la demanda del mismo.

Estudio del caso por el Equipo de Tratamiento: en las reuniones, el equipo valorará todos los casos que han pasado por la entrevista de acogida, determinándose si cumplen el perfil adecuado para la intervención, las gestiones a desarrollar previo a la inclusión en el programa, los profesionales de referencia que llevarán el caso y/o su inclusión la lista de espera.

- ◉ Desarrollo de la Intervención: la intervención de los profesionales se lleva a cabo mediante sesiones terapéuticas. En las primeras se trabaja principalmente la motivación con el paciente y la familia para conseguir una mejor adhesión al tratamiento y en las siguientes, se desarrolla el programa terapéutico. Generalmente la periodicidad de las sesiones será semanal, intercalándose la intervención de los distintos profesionales (trabajador social, psicólogo, sanitario...)

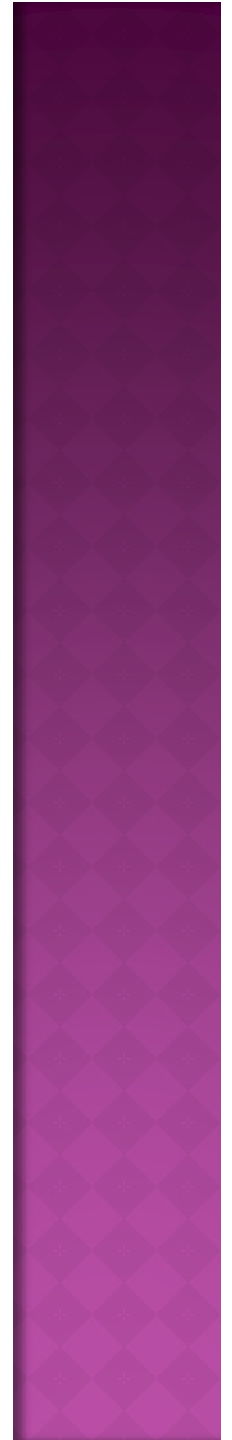


- Estas sesiones se desarrollan conforme a las diferentes fases del tratamiento en las que cada una tiene sus propios objetivos y actividades



FASES DEL TRATAMIENTO

- ◉ ACOGIDA
- ◉ DESHABITUACIÓN
- ◉ HABILITACIÓN
- ◉ ALTA TERAPÉUTICA Y SEGUIMIENTO



ACOGIDA

- ◉ Análisis de la demanda, diagnóstico diferencial y evaluación del caso.
- ◉ Objetivos :
 - ◉ Conseguir tener el grado de motivación suficiente para el tratamiento y el abandono de la conducta adictiva.
 - ◉ Conseguir un adecuado nivel de concienciación del problema.
 - ◉ Ayudar en la toma de decisión de abandono de la conducta adictiva.
 - ◉ Realizar una evaluación diagnóstica
 - ◉ Planificar la intervención.
 - ◉ Definir el papel de la familia en el proceso de tratamiento.
 - ◉ Derivar a otros profesionales de la Asociación si procede (médico, abogado)
- ◉ Actividades: Diagnóstico social y psicológico

DESHABITUACIÓN

◉ Objetivos:

- Analizar la historia de dependencia, toma de conciencia del problema y de cómo afrontarlo.
- Evaluar la dinámica familiar y posibles cambios conductuales y actitudinales.
- Prevenir y atender las posibles recaídas.
- Realizar controles analíticos en los casos que sea preciso
- Potenciar la asunción normas, horarios y responsabilidades personales y familiares.
- Derivar a otros recursos necesarios manteniendo la coordinación con los mismos
- Fomentar la adquisición de capacidad de autocontrol.
- Dotar de habilidades y estrategias de enfrentamiento a situaciones problemáticas para el sujeto.
- Mejorar la empleabilidad y/o formación del usuario
- Fomentar la ocupación adecuada del tiempo libre.
- Controlar al aspecto sanitario en los casos que sea necesario.

DESHABITUACIÓN

- ◉ Actividades: se inicia al usuario en el manejo adecuado del dinero, se realiza un entrenamiento en Habilidades Sociales, en prevención de recaídas, en técnicas de autocontrol, registro de actividades diarias, organización de actividades de ocio, actividades de búsqueda activa de empleo y formación ...
- ◉ En esta fase, se le pide al paciente que realice la autoprohibición para acceder al juego presencial y online.

DESHABITUACIÓN

¿Cómo inscribirse?

- Presencial: mediante la presentación del formulario en oficinas de registro (artículo 38 de la Ley 30/1992) o en los servicios de admisión, recepción o identificación de los usuarios de los establecimientos de juego y en las comisarias de la Policía Nacional.
- Por internet: en la sede electrónica de la Dirección General de Ordenación del Juego (necesario certificado electrónico).

¿Cuál es la vigencia de la inscripción?

La inscripción será por tiempo indefinido si bien podrá solicitar su cancelación trascurrido 6 meses desde que se haya practicado la inscripción.

De las inscripciones en el Registro General de Interdicciones de acceso al juego (RGI AJ) se dará traslado a las CCAA para la inscripción en sus respectivos registros de prohibidos de conformidad con lo previsto en su normativa.

<http://www.ordenacionjuego.es/es/rgiaj>

HABILITACIÓN

Preparar para la inserción social en el entorno.

Objetivos:

- Prevenir y atender de recaídas
- Apoyar en la toma de decisiones
- Entrenar para afrontar situaciones problemáticas y puesta en práctica de nuevas estrategias.
- Derivar a otros recursos necesarios manteniendo la coordinación con los mismos
- Participar en actividades sociales, laborales, educativas...
- Fomentar la asunción de responsabilidades.
- Programar el tiempo libre.

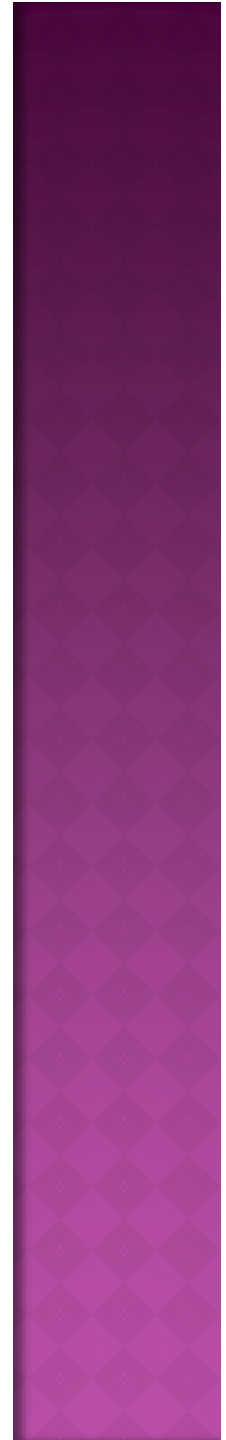
Actividades: se continúa con actividades iniciadas en la fase anterior impulsando la autonomía del usuario y la toma de sus propias decisiones.

ALTA TERAPÉUTICA Y SEGUIMIENTOS

- ◉ La decisión del alta es tomada por el Equipo Terapéutico cuando tras el desarrollo del tratamiento se alcanzan los objetivos planteados para cada caso.
- ◉ Se le comunica al usuario y familia en una sesión conjunta en la que participaran los profesionales que han llevado a cabo la intervención.
- ◉ El Alta Definitiva tendrá lugar cuando se valora en los seguimientos programados tras el Alta terapéutica (al mes, a los tres meses, a los seis meses, a los dieciocho meses y a los veinticuatro meses) que el usuario mantiene y/o mejora la situación que propició la misma.

Asesoría Jurídica

La asociación también cuenta con una Asesoría Jurídica que consisten en prestar asesoramiento jurídico a personas que tienen una adicción y esta circunstancia les ha llevado a tener problemas legales. Este asesoramiento también se extiende a sus familias siempre que lo necesiten.



DIFICULTADES ENCONTRADAS

- ◉ En la actualidad, una de las mayores dificultades con las que nos encontramos es el tema de las adicciones relacionadas con las Nuevas Tecnologías. Tanto las apuestas online, como el uso abusivo de este recurso son difíciles de controlar. La disponibilidad de acceder a la red, complica poner en marcha las pautas de contención. En el caso de adicciones a Nuevas Tecnologías, la abstinencia no es el objetivo, ya que al paciente hay que enseñarle a hacer un uso responsable de ellas

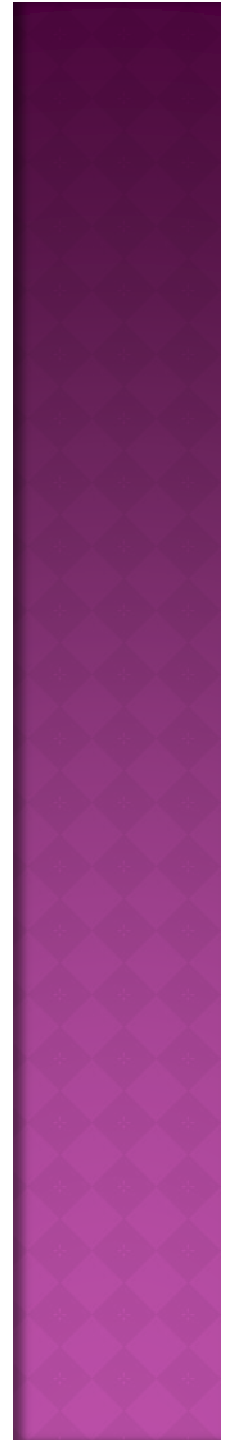
DIFICULTADES ENCONTRADAS

- Otra dificultad con la que nos encontramos, es el caso de pacientes que no tienen persona de apoyo. En algunos casos, el paciente tiene una situación personal que no cuenta con nadie, o sus familiares o personas de su entorno no tienen capacidad para ser personas de apoyo. En estos casos, el desarrollo del tratamiento y sus posibilidades de éxito se reducen, aunque solemos contar con una mayor motivación del paciente. La decisión de realizar un tratamiento suele estar tomada por el paciente sin ser presionado por la familia como ocurre en muchos casos.

Elementos clave de la intervención

- ◉ Consideramos imprescindible contar con el apoyo familiar. Se marcan pautas tanto para el paciente como para los familiares que se comprometen a ser personas de apoyo en dicho tratamiento. La persona de apoyo, nos aporta información relevante del entorno del paciente. En cuanto al paciente, este cuenta con alguien cercano que lo acompaña en este proceso y en cuanto al equipo terapéutico, le ayuda al seguimiento y evaluación del resultado de las pautas marcadas.
- ◉ Desde Atabal intervenimos con el usuario y al menos una persona de apoyo, por lo que el valor añadido que se aporta es la formación de personas que respalden el mantenimiento de los objetivos conseguidos.

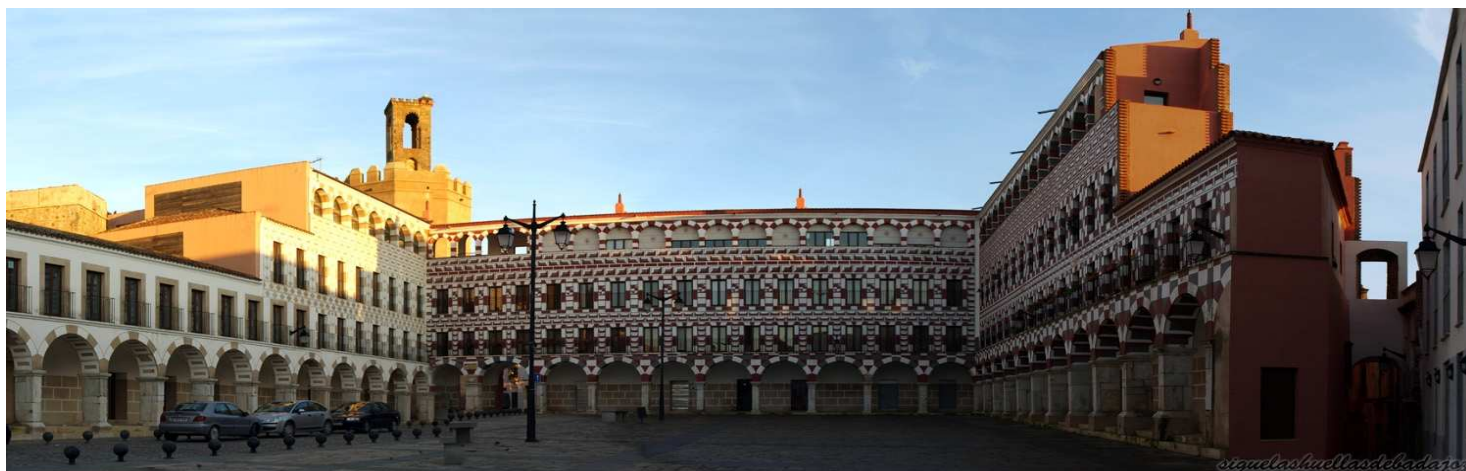
- Otras de las claves de la intervención es que en nuestro programa, las pautas comportamentales son básicas para la adecuada integración social y la autonomía personal. El paciente decide seguirlas o no, haciéndole por tanto, máximo responsable de la evolución de su tratamiento. La motivación del paciente es muy importante para lograr la consecución de los objetivos, por lo que trabajarla es imprescindible en todas las etapas.
- Otros puntos clave en la intervención, es la relación terapéutica. Si el paciente y la familia tienen una buena relación terapéutica con los profesionales, la intervención suele tener mejores resultados. Las pautas marcadas son mejor asimiladas y su puesta en marcha es más efectiva.



MUCHAS GRACIAS POR VUESTRA ATENCIÓN

Asociación ATABAL

Badajoz



EL OCIO, TIEMPO LIBRE Y LAS SUNTANCIAS

- Conductor de Sesión: Josep Rovira. Asociación ABD
- Experiencia: Asociación Ai Laket

EL OCIO, EL TIEMPO LIBRE Y LAS SUSTANCIAS



Josep Rovira Guardiola
Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD)

Consumo recreativo de drogas

¿Es normal tomar drogas?

Consumo recreativo de drogas

- ▣ Consumo recreativo dentro de la normalidad (Nicholson, Duncan y White, 2002):
 - ▣ Estadística
 - ▣ Clínica
 - ▣ Moral
 - ▣ Legal
 - ▣ Personal (subjetiva)
 - ▣ Sociocultural

Consumo recreativo de drogas

- ☒ Normalización del consumo recreativo de drogas (Parker et al., 2002; Parker, 2005):
 - ☒ **Consumo recreativo:** uso ocasional de ciertas drogas en ciertos contextos y de una forma controlada (Parker y Egginton, 2002)
 - ☒ **Indicadores:**
 - ☒ Aumento en la disponibilidad y accesibilidad de drogas ilegales
 - ☒ Aumento en las tasas de experimentación
 - ☒ Aumento en las tasas de uso reciente y/o regular
 - ☒ Acomodación social del consumo
 - ☒ Acomodación cultural
 - ☒ Observado en Inglaterra, EEUU (Bahora et al., 2007) y Australia (Duff, 2003, 2005)

Consumo recreativo de drogas

¿Por qué toman drogas?

¿Por qué toman drogas?

¿Factores de riesgo?

Adicciones 2005 Vol. 17 num 4 337-347

Gestión de la vida recreativa: ¿Un factor de riesgo determinante en el uso reciente de drogas?

AMADOR CALAFAT; CESÁREO FERNÁNDEZ GÓMEZ; MONTSE JUAN; ELISARDO BECOÑA

Irefrea – España.

Enviar correspondencia a:

Amador Calafat, Rambla, 15, 2º - 3º. 07003 Palma de Mallorca (España) tel. +34971727434 Fax: 971213306 irefrea@irefrea.org

Recibido: 15 de octubre de 2004.

Aceptado: 10 de mayo de 2005.

Adicciones 2007 Vol. 19 num 2 125-132

Vida recreativa nocturna de los jóvenes españoles como factor de riesgo frente a otros más tradicionales

AMADOR CALAFAT; CESÁREO FERNÁNDEZ GÓMEZ; MONTSE JUAN; ELISARDO BECOÑA

Irefrea – España

Enviar correspondencia a:

Amador Calafat. Irefrea. Rambla, 15, 2º - 3º. 07003 Palma de Mallorca (España) Tel. +34971727434 Fax: 971213306 irefrea@irefrea.org

Recibido: Febrero de 2006.

Aceptado: Diciembre de 2006.

Consumo recreativo y reducción de riesgos

Josep Rovira · Claudio Vidal // Asociación Bienestar y Desarrollo

¿Por qué toman drogas?

Diversión

Placer

Consumo recreativo de drogas

- ☒ Ocio/placer
- ☒ Riesgo
- ☒ Control

Ocio/placer

- ☒ El consumo se produce en momentos de ocio, generalmente en la noche de los fines de semana.
- ☒ Forma parte del conjunto de atractivos de la noche, junto con la música, la posibilidad de sexo y el estar con los amigos.
- ☒ Cumple unas funciones: aumentar la intensidad de la experiencia de ocio, identificación juvenil...
- ☒ Está legitimado en ciertos subgrupos juveniles.
- ☒ Se transforma conforme disminuye la participación en el ocio nocturno. Importancia de la tardía emancipación.

Riesgo

- ▣ El consumo conlleva sus riesgos:
 - ▣ A corto plazo / largo plazo (inmediatos / demorados)
 - ▣ Leves / graves
 - ▣ Ciertos / inciertos
- ▣ Que el riesgo sea mayor/menor dependerá:
 - ▣ De la persona que consume
 - ▣ De la(s) droga(s) que consume y cómo la(s) consume.
 - ▣ Del contexto (físico, inmediato, social, político-legal...).
- ▣ El consumidor es consciente de que se expone a ciertos riesgos, aunque en ocasiones desconozca cuáles son exactamente y cómo son tanto sus características como las formas de reducirlos.

Riesgo

PERCEPCIÓN SOCIAL DE LOS RIESGOS

- ☐ Valoración del grado de peligrosidad que tienen las drogas o ciertas formas de consumirlas.
- ☐ Número de problemas

PERCEPCIÓN DEL RIESGO

- ☐ Valoración del riesgo personal de sufrir un daño relacionado con el consumo de drogas



AUMENTAR = Disminuir consumo

Recurso al miedo

Estigmatización del consumo y de los consumidores

Riesgo

PERCEPCIÓN DEL RIESGO (EXPERTO)

- ☒ Estudia y cuantifica los riesgos
- ☒ Todas las drogas son peligrosas
- ☒ Todo uso es abuso

PERCEPCIÓN DEL RIESGO (CONSUMIDOR)

- ☒ Vive los riesgos y construye su conocimiento desde la experiencia
- ☒ Unas drogas son más peligrosas que otras
- ☒ Unas formas de uso entrañan más riesgo que otras

Riesgo

- ☒ Los consumidores son conscientes de que el consumo entraña un riesgo.
- ☒ Conocen algunos riesgos, aunque les llamen con otros nombres
- ☒ Construyen su conocimiento desde la experiencia y la información transmitida entre el grupo de iguales.
- ☒ Desconocen algunos riesgos y sobre las formas de reducirlos.
- ☒ Consumir no equivale a despreocuparse por la salud y el bienestar.

Control

- ☒ El consumo se produce de forma controlada, intentando maximizar los beneficios y minimizar los riesgos.
- ☒ En ocasiones, las estrategias de control son inadecuadas.
- ☒ En ocasiones, se pierde el control.

Consumo recreativo

Los riesgos

Riesgos y daños del consumo recreativo

Problemas de salud física.

- ☒ Una intoxicación (borrachera).
- ☒ Efectos no deseados por mezcla de sustancias
- ☒ Enganche físico a una sustancia (tabaco).

Problemas de salud mental.

- ☒ Un mal viaje de alucinógeno.
- ☒ Una psicosis que puede desencadenarse por consumo.

Problemas legales.

- ☒ Una multa de 300e por fumar en el parque.
- ☒ Una condena por venta de maría.
- ☒ Una falta penal por alcoholemia elevada

Problemas de conducta.

- ☒ Peleas / Accidentes / Sexo no seguro
- ☒ Acoso de alguien que va puesto.
- ☒ Problemas con los estudios / expulsado del curro

Que afectan a otros/as.

- ☒ Con la pareja por terminar borracho
- ☒ Con la familia por llegar fumado.
- ☒ Atropellar un peatón.

Riesgos y daños del consumo recreativo

- ☒ El **alcohol** es la sustancia consumida por más personas. De especial preocupación:
 - ☒ Consumo en adolescentes ¿?
 - ☒ Consumo en atracones
 - ☒ Accidentes de circulación
 - ☒ Violencia

Riesgos y daños del consumo recreativo

- ▣ Expansión del consumo de **cannabis**. De especial preocupación:
 - ▣ Consumo en adolescentes
 - ▣ Primer contacto con la ilegalidad de las drogas
 - ▣ ¿Fracaso escolar?
 - ▣ Secuelas
 - ▣ Un 10% de los consumidores llegará a presentar un diagnóstico de dependencia.
 - ▣ Trastornos psicóticos en personas predispuestas
 - ▣ Consecuencias legales
 - ▣ Autocultivo

Riesgos y daños del consumo recreativo

- ☒ Expansión del consumo esnifado de **cocaína**. De especial preocupación:
 - ☒ Uso frecuente → enganche.
 - ☒ Problemas con la vía esnifada.
 - ☒ Reacciones agudas.
 - ☒ Problemas legales.
 - ☒ Adulteración.

Riesgos y daños del consumo recreativo

- ☒ Aunque el consumo de **éxtasis** se haya estabilizado, aún hay un grupo importante de consumidores, sobre todo entre los asistentes a eventos de música electrónica. De especial preocupación:
 - ☒ Adulteración.
 - ☒ Riesgos derivados de la forma de administración.
 - ☒ Reacciones agudas.
 - ☒ Problemas legales.

Riesgos y daños del consumo recreativo

- ☒ Consumo más o menos estable entre grupos más reducidos de **otras drogas**:
 - ☒ Speed:
 - ☒ Adulteración
 - ☒ Enganche
 - ☒ Reacciones agudas
 - ☒ LSD/Hongos:
 - ☒ Malos viajes
 - ☒ Ketamina:
 - ☒ Adulteración
 - ☒ Enganche
 - ☒ Malos viajes

Riesgos y daños del consumo recreativo

- ☒ Consumo más o menos estable entre grupos más reducidos de **otras drogas**:
 - ☒ GHB:
 - ☒ Sobredosis
 - ☒ Research Chemicals:
 - ☒ Riesgos desconocidos para muchas de ellas.
 - ☒ Creencias erróneas sobre su seguridad (Newcombe, 2009; Sheridan y Butler, 2010).



Riesgos y daños del consumo recreativo

- ☒ El patrón más habitual es el **uso combinado** de dos o más drogas:
 - ☒ Se asocia a una mayor probabilidad de experimentar ciertos problemas (EMCDDA, 2009).
 - ☒ Las combinaciones pueden ser totalmente dependientes del momento o ser planificadas con objeto de obtener un determinado efecto (Hunt, Evans, Moloney y Bailey, 2009).
 - ☒ En general, aún disponemos de poca información sobre las interacciones farmacológicas posibles.

Riesgos y daños del consumo recreativo

- ☒ El mercado ilegal de las drogas:
 - ☒ Es muy variable y cambiante con mucha rapidez.
 - ☒ No ofrece garantía alguna al consumidor sobre la composición de los productos que este compra
 - ☒ Presencia de **adulterantes activos** que incrementan los riesgos

Riesgos y daños del consumo recreativo

☒ Escaso uso de los recursos:

- ☒ En general, acceden poco a los recursos preventivos (Wibberley y Price, 2000).
- ☒ Sólo tienen contacto con los recursos asistenciales una vez que han desarrollado graves problemas (Siliquini et al., 2005) o acuden forzados por los padres o el sistema judicial.
- ☒ Para ellos, no son creíbles ni útiles sino que gozan de descrédito y les genera desconfianza.

Conclusiones para la prevención

- ▣ Patrón de consumo diferente al de la heroína, diferentes consumidores
- ▣ Importancia del alcohol: atracones y combinación con otras drogas
- ▣ Variado menú psicoactivo
- ▣ Expansión del uso de cannabis
- ▣ Estabilización del uso de éxtasis – aparición de “nuevas” drogas
- ▣ Extensión del uso de cocaína
- ▣ Poca credibilidad de la postura oficial
- ▣ Necesidad de un mensaje adecuado a sus necesidades: la reducción de riesgos
- ▣ Se informan, se protegen, se divierten

Las respuestas

Consumo recreativo y reducción de riesgos

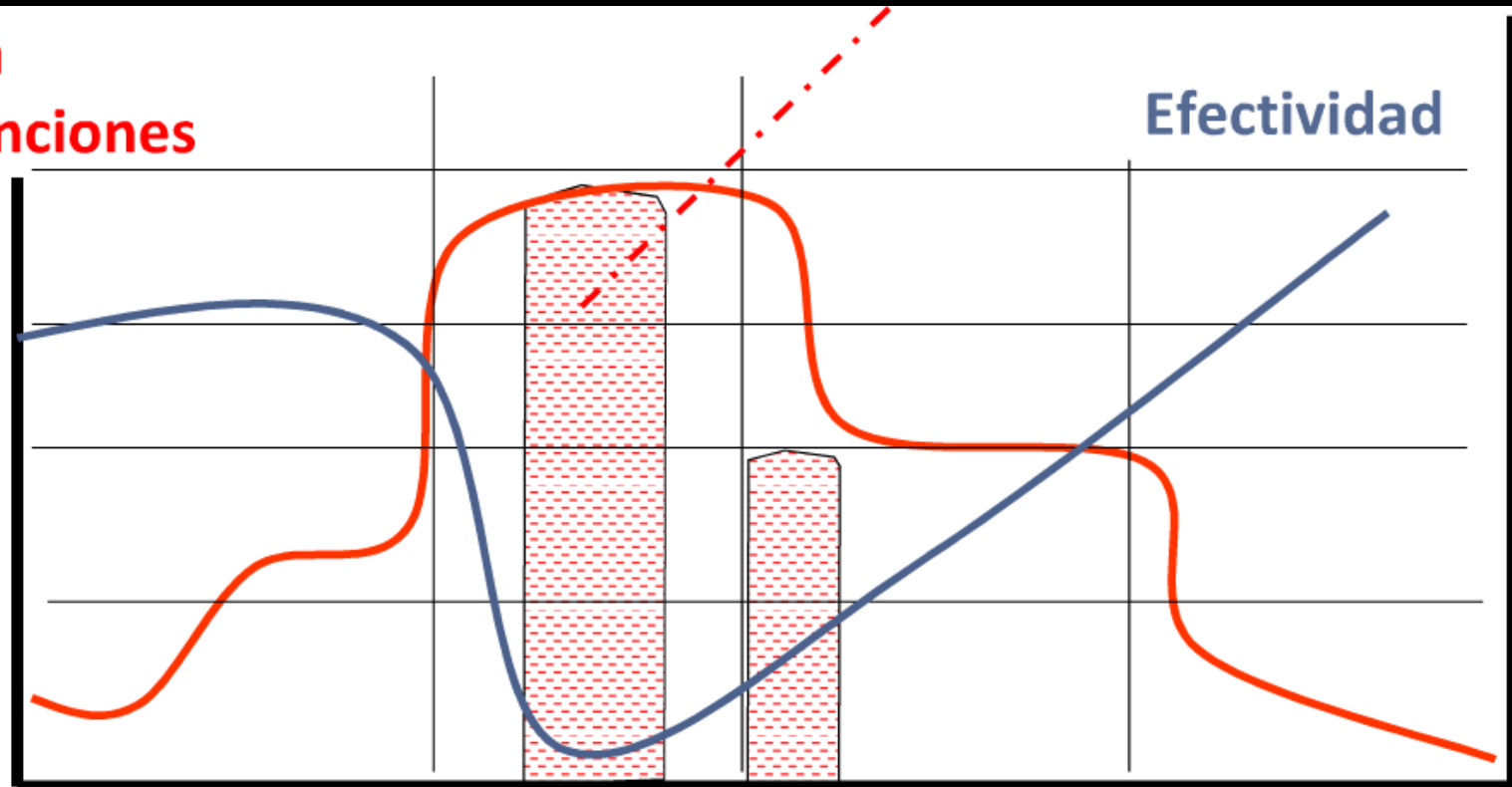


- ☒ Prevención primaria
- ☒ Reducción de riesgos
- ☒ Gestión de placeres y riesgos

Frecuencia y efectos probables de las intervenciones preventivas

Frecuencia de intervenciones

Efectividad



Environmental

Universal

Selective

Indicated



Consumo recreativo y reducción de riesgos

Josep Rovira · Claudio Vidal // Asociación Bienestar y Desarrollo



Plan Nacional sobre Drogas. 1997

**piensa
por ti.**

902 16 15 15 www.sindrogas.es

 **sin dudas, sin drogas.**

PLAN NACIONAL
SOBRE DROGAS

 MINISTERIO
DEL INTERIOR

Plan Nacional sobre Drogas. 2002



Cocaína. Hay trenes que es mejor NO coger

www.pnsd.msc.es

Estar irritable, comer mal, dormir poco, tener paranoias o alucinaciones, sufrir taquicardias, perder el control, mayor accidentabilidad, problemas cardiovasculares y sexuales... Es así de fácil. Si consumes cocaína, sola o en combinación con otras drogas, éste será tu tren de vida ¿De verdad quieres subir?



DROGASDR

Plan Nacional sobre Drogas 2006

Consumo recreativo y reducción de riesgos

Josep Rovira · Claudio Vidal // Asociación Bienestar y Desarrollo

PERCEPCIÓN ERRONEA DE LA NORMA SOCIAL DE CONSUMO

PRINCIPIO TEÓRICO

- ☐ La conducta está influida por percepciones incorrectas sobre cómo otros grupos sociales piensan y actúan

Berkowitz y Perkins

SOBREESTIMACIÓN DE UNA CONDUCTA



AUMENTA LA FRECUENCIA E INCIDENCIA DE ESA CONDUCTA

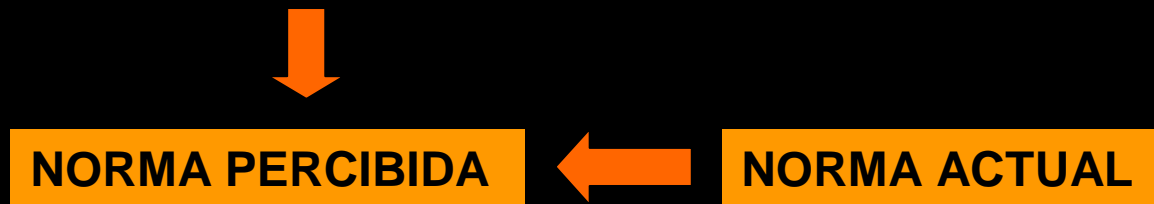
OBJETIVO

- ☐ Corregir percepciones erróneas sobre las normas con el fin de disminuir la conducta problema o aumentar la prevalencia de conductas saludables y de protección

ENFOQUE DE LAS NORMAS SOCIALES

Feedback normativo

☒ Influencia de los iguales sobre la persona



- **Sobreestimación de actitudes favorables y aceptabilidad**
 - **Prevención que enfatiza conducta problemática, alienta creencia errónea y contribuye al problema (Berkowitz, 2004)**

PROPUESTA

- ☒ Información correcta sobre las normas imperantes en grupo de iguales reducirá la percepción de presión y se incrementará probabilidad que los individuos expresen actitudes y creencias preexistente

Las autoridades sanitarias agradecen a los jóvenes que no se hallan en condiciones para conducir su decisión de utilizar el transporte público o ceder el vehículo a alguien que esté en condiciones

Las autoridades sanitarias han observado que el uso problemático de drogas se da más en adultos que en jóvenes, por ello confían en su espíritu crítico por no perpetuar este modelo.

Las autoridades sanitarias han comprobado estadísticamente que la mayoría de jóvenes que salen por la noche y deciden libremente beber lo hacen de forma responsable

Las autoridades sanitarias desean transmitir una disculpa a la juventud, en nombre de toda la sociedad, por haberlos etiquetado muchas veces de irresponsables. Así reconocemos un alto grado de responsabilidad en los jóvenes.

ENFOQUE DE PERCEPCIÓN DE RIESGOS

**RECURSO DEL MIEDO Y
DESINFORMACIÓN**



**DESANIMAR EL CONSUMO
ESTIGMATIZAR AL CONSUMIDOR**

- Incrementar al máximo la percepción de riesgos es alejarse de la evidencia objetiva
- Los sujetos que no se exponen al riesgo (no consumidores) valoraran de manera diferente a como lo harán los consumidores.
- La percepción baja de riesgos por parte de los consumidores es una variable crítica de aumento de probabilidad de presentar problemas.

PROPUESTA

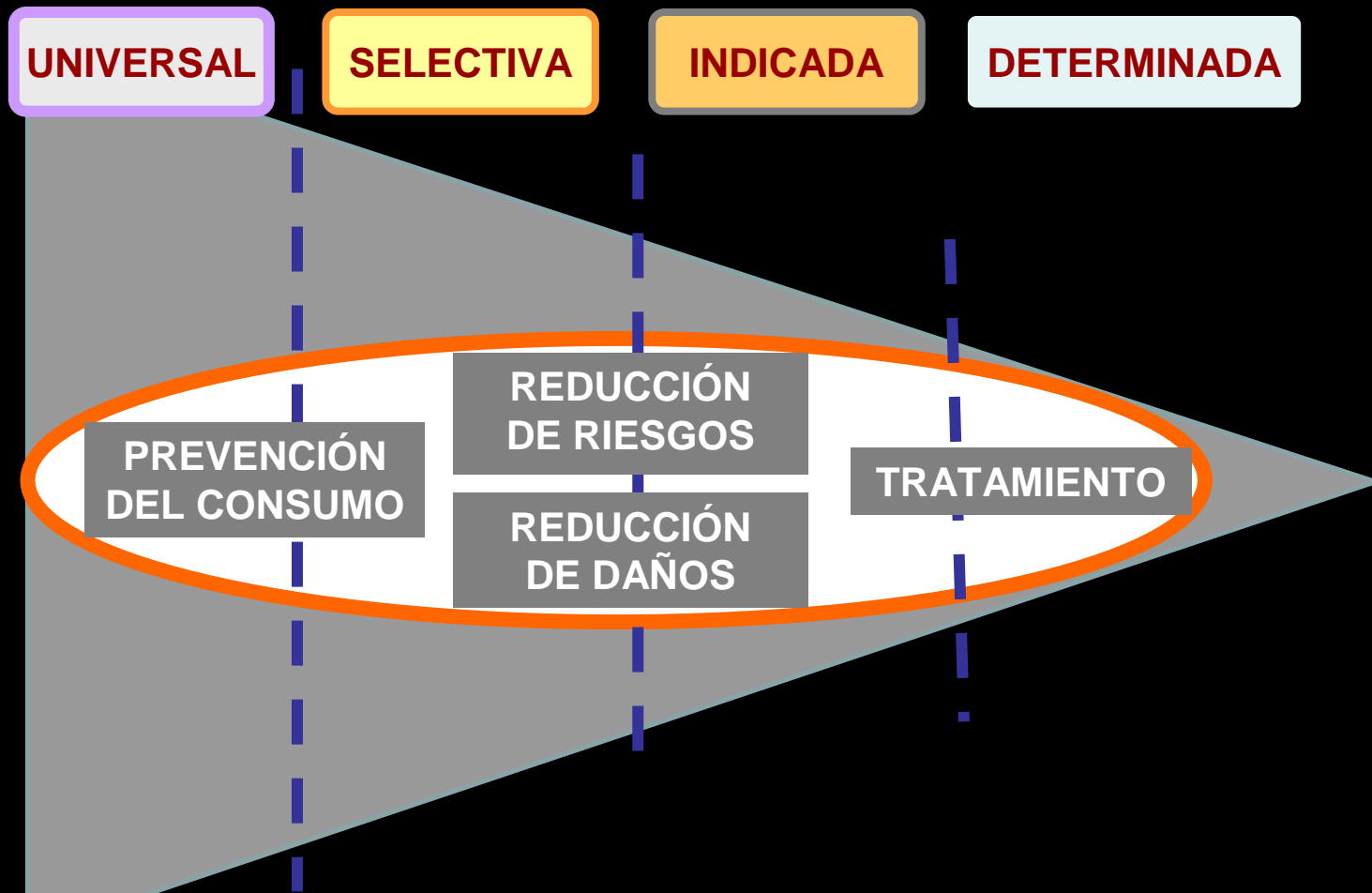
- ☒ Se pretenderá que la percepción de riesgos sea lo más ajustada a los riesgos objetivos

Información

- ☒ Información real y objetiva sobre los potenciales riesgos y daños
- ☒ Favorecer una toma de decisiones efectiva (racional, crítica e informada)

- El sesgo informativo de los riesgos puede generar reacciones inapropiadas – insuficientes o excesivas – para evaluarlos o prevenirlos.
- Algunos conflictos o problemas pueden suceder de forma más probable que otros. Sería de esperar que valoraran en mayor medida aquellos que son más próximos a su realidad.
- Objetividad y honestidad en los mensajes preventivos
 - Preservar credibilidad
 - El consumidor confronta su realidad (particular y entorno inmediato) con los mensajes preventivos
 - Evitar reacciones contraproducentes de desatención o absoluto rechazo y enfrentamiento al mensaje preventivo.

Apuestas pragmáticas y globales



Reducir impactos negativos por consumo de drogas

Reducción de riesgos y daños

Las prácticas de **Reducción de riesgos y daños** en el consumo de drogas son parte integrante de la doctrina y paradigma de la **Gestión del riesgo** en los diversos campos problemáticos de la gestión social local de los conflictos intracomunitarios, en el campo de la protección civil en relación a los eventos naturales graves, o de la vida cotidiana en la modernidad.

A finales de los 80 y principios de los 90 **Reducción de daños**
En los años 90 **Reducción de Riesgos**

Reducción de riesgos y daños **Gestión de placeres y riesgos**

- Protección de la salud pública y dignidad de los consumidores
- Iniciativa comunitaria y social
- Más realista/pragmático mitigar consumo y reducir riesgos que conseguir abstinencia.

Consumo recreativo y ocio

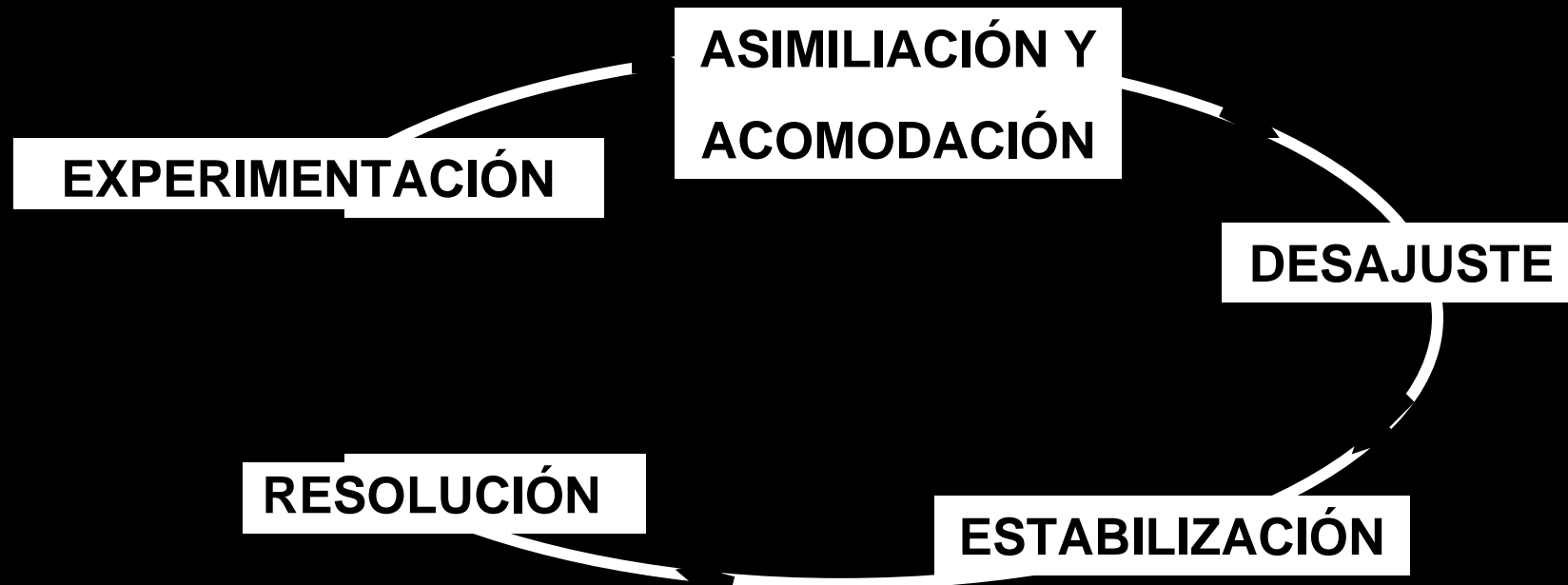
Puntos clave:

- **Reconoce una graduación de NOes**
- **Contrario a la infantilización de la persona**
- **Centrados en la persona y su voluntad (motivacional)**
- **Reconocimiento y respeto hacia el consumidor.**
- **Conocimiento, habilidades y responsabilidad para una mejor gestión o reducción de riesgos**

Aportaciones positivas

- **Capacidad de respuesta comunitaria (redes)**
- **Aceptación y acogida de la intervención**
- **Acceso a la población consumidora**
- **Apreciación de interés y utilidad de la información**
- **Información recomendada y/o compartida con amigos**
- **Búsqueda de información.**
- **Incorporación de conocimiento y recuerdo. (Rovira, 2004)**
- **Cambios conductuales en personas destinatarias de información (Annie Bleeker 2003, Energy Control 2013,...)**
- **No efectos contraproducentes en abstinentes (Rovira, 2004; Wiitiham 2009)**

TRAYECTORIAS DE CONSUMO



- **Experimentación** que marca el inicio del consumo de drogas
- **Asimilación y acomodación** caracterizado por la integración del consumo de drogas a las pautas de comportamiento más o menos habituales de los jóvenes
- **Desajuste** caracterizado por la intensificación de los consumos de sustancias y por la emergencia de cambios significativos en los comportamientos sociales relacionados con las prácticas de ocio.
- **Estabilización** que esta fundamentalmente asociado al despliegue de un proceso de reorganización y/o replanteamiento total o parcial, permanente o transitorio de las pautas de uso de drogas
- **Resolución** caracterizado por la cristalización de un patrón de uso que será predominante, entorno al cual los jóvenes construirán sus identidades o identificaciones como usuarios o usuarias de drogas.

Metodologías en prevención

**Basados en teoría y pruebas,
testados, evaluados,
estandarizados**

- Programas de influencia social
- Enfoque de normas sociales (Neighbors, 2006; Kuntsche 2006)
- Prevención indicada
- Consejo interpersonal i la intervención motivacional breve (Díaz 2010)
- Abordajes entre iguales ¹ (McDonald,2003)

Efectos buenos - altos

Fácil de producir y diseminar

- Seminarios y conferencias
- Folletos, libros
- Encuentros de padres
- Jornadas de información
- Campañas de mass media
- Actividades de “vida sana”
- Visitas de expertos

Efectos cero - negativos

Consumo recreativo de ocio

trabajo entre
iguales



Proximidad en
el ocio

servicio de
análisis



materiales
comunicativos

comunicación
externa

noche
segura:
sector ocio
nocturno

infoline:
atención y
asesoramiento

GUÍA PARA UNA DISPENSACIÓN RESPONSABLE DE ALCOHOL
Programa "ciudades ante la droga"

guía prevención y de seguridad para espacios de ocio nocturno
Organización de la seguridad y la prevención de ocio nocturno y grandes eventos

Guía de Atención Sanitaria en Espacios de Ocio

Gestión de placeres y riesgos

- ☒ Elecciones valoradas en términos de oportunidades y riesgos
- ☒ Aceptaremos que no podremos comprender el concepto de riesgos, sin el de expectativa de recompensa por asumirlo
- ☒ Acompañamiento en el conocimiento, reflexión crítica y posibles experiencias (empezando por aquellas que les son más cercanas)

- Balance entre resultados positivos que se esperan obtener y resultados negativos que se admitirán
- **ACEPTACIÓN DEL RIESGO.** No necesariamente en términos absolutos pues puede presentarse en términos concretos.
- Integrar en el discurso preventivo el punto de vista del consumidor y sus intereses
- Aportando información útil y tendente a facilitar que estos puedan mantener formas de uso no problemático.
- Aproximación motivacional para el cambio

Prevención del consumo

- ☒ Retrasar la edad de inicio
- ☒ Limitar el número y tipo de sustancias utilizadas
- ☒ Evitar la transición de la prueba de sustancias al abuso y dependencia
- ☒ Disminuir las consecuencias negativas del consumo en consumidores

**“El ocio, tiempo libre y las
sustancias”**

Proyecto LONJA LAKET!!



ailaket!!

Premio Pompidu 2012

Proyecto LONJA LAKET!!

“Intervenir de forma **innovadora**,
con un **grupo de difícil acceso**,
con **acciones in situ** en **espacios auto gestionados** por jóvenes y
que las propias personas que
participen puedan después
incorporarse a formar a otras personas”



ailaket!!

Proyecto LONJA LAKET!!



¿Por qué se llama Lonja Laket!!?

- ¿Qué es Ai Laket!!?
- ¿Qué es una lonja?

¿En qué consiste Lonja Laket?

- Objetivos
- Elementos claves
- ¿Cómo es la intervención?

¿Qué motivó poner en marcha este proyecto?

¿Cuáles son las principales dificultades?



**¿Por qué se llama
LONJA LAKET!! ?**

ailaket!!

¿Por qué se llama Lonja Laket!!?



¿Qué es Ai Laket!!?

Personas usuarias de drogas por la
reducción de riesgos

Ámbito de ocio. Personas con consumos no
problemáticos

Análisis a sustancias ilegales

¿Por qué se llama Lonja Laket!!?



Objetivos de Ai Laket!!

- **Modelos de consumo responsable** de drogas
- Medidas dirigidas a la **reducción de riesgos**
- La **defensa de los derechos** de las personas usuarias de drogas ilícitas y la promoción del **debate social en torno a la legalización** de las drogas actualmente ilícitas
- No es objetivo **la difusión del consumo de sustancia alguna.**

¿Por qué se llama Lonja Laket!!?

¿Qué es un lonja?

[Proyecto Lonja Laket .mp4](#)



¿En que consiste LONJA LAKET!! ?



¿En qué consiste Lonja Laket!!?



Objetivos

- **Reducir los consumos de riesgo y los riesgos asociados al consumo de drogas**

Reforzar la decisión del colectivo juvenil no consumidor

Minimizar los riesgos que la opacidad de la lonja puede ocasionar en sus ocupantes y en la comunidad vecinal.

¿En qué consiste Lonja Laket!!?



Elementos claves

- Puerta a puerta
- Información adaptada según edad e intereses (rango 15-32 años)
- Análisis de sustancias
- Anonimato
- Sesiones dinámicas
- Diferencias de género (equipos mixtos,...)
- Saber reconocer las inquietudes del grupo (buzón, saber escuchar, mitos,...)
- Preguntar por el interés propio de las personas participantes
- Seguimiento
- Agentes de salud dentro del grupo
- Trabajo en red con otras entidades (educadorxs de calle, tecnicxs en drogodependencias...)

ailaket!!

¿En qué consiste Lonja Laket!!?



¿Cómo es la intervención?

Localizar lonjas (buscar, sondear interés y acordar fechas)

Realizar tres visitas de 2 horas de duración

1ª: toma de decisiones, definición de drogas, adicción, información sobre sustancias, efectos,...

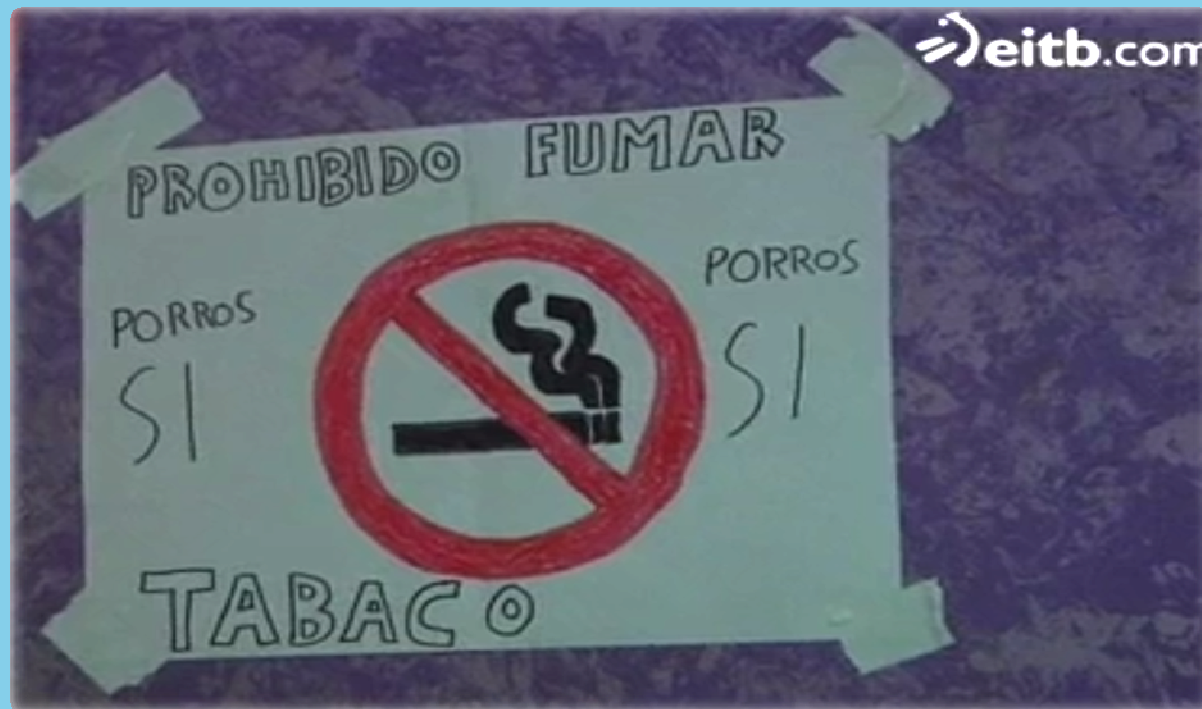
2ª: análisis de drogas ilícitas, sexo y drogas, diferencias de género,...

3ª: resolución de dudas, legalidad, seguridad de las propias lonjas,..

Derivar a otros recursos especializados

[..\Pompidou Premio Ai Laket EiTB.mp4](#)

¿Qué motivó poner en marcha Lonja Laket!!!?



¿Qué motivo poner en marcha Lonja Laket!!?



Nuevas formas de ocio entre la gente joven

Experiencias similares positivas (Hegoak)

Trabajo previo al consumo (vs Testing)

Cumplir objetivos y estrategias de planes locales y regionales en prevención

Fomentar comportamientos responsables en las lonjas: tanto en el consumo de drogas como en la convivencia vecinal

¿Cuáles son las principales dificultades?



Dificultades de Lonja Laket!!



Localizar y acceder a las lonjas

Impuntualidad y “plantones”

Conseguir financiación (proyecto selectivo)

Mantener la atención del grupo

Comunicación efectiva con grupos

Trabajar con menores de edad

Trabajar con sustancias ilícitas

MUCHAS GRACIAS!!

Unai Pérez de San Román Landa
Asociación Ai Laket!! Elkartea

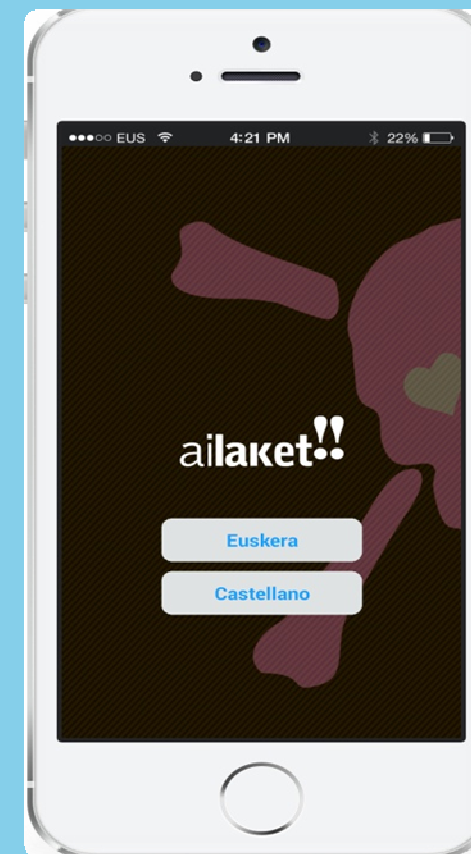
c/ Siervas de Jesús 40 bajo

Vitoria-Gasteiz

945231560

www.ailaket.com

unai@ailaket.com



ailaket!!

LA MUJER Y LAS ADICCIONES

- Conductora de Sesión: Patricia Martínez.
Experta en Género.
- Experiencias: FSYC, Espai Ariadna

Mujeres y adicciones *Perspectiva de género*

*JORNADA TÉCNICA **UNAD***
MODELO DE INTERVENCIÓN
PARA RETOS ACTUALES EN ADICCIONES
12 Y 13 DE JUNIO EN MADRID

Patricia Martínez Redondo

Contacto: kiruconk@yahoo.es

<http://generoydrogodependencias.org>

Introducción

De la **invisibilización** a la **esencialización**. Hablar de mujeres no garantiza que se aplique la perspectiva de género.

'Perspectiva de Género' como marco analítico y comprensivo, más allá de la 'descripción' de la "realidad".

Generalmente, se emplea el término 'género' como sinónimo de 'sexo', y se abordan como características dadas las diferencias percibidas en el consumo de sustancias de hombres y mujeres. Sin embargo, la perspectiva de género ofrece todo un cuerpo teórico para poder examinar las drogodependencias, introduciendo cuestiones que pueden ofrecer un referente para al análisis de esas diferencias percibidas.

Introducción II

El género es un principio de organización social que genera/se inscribe en la subjetividad e identidad. Es un concepto relacional, procesual y dinámico, estando su contenido en continua transformación. Sin embargo, sus bases son: la dicotomía 'hombre-mujer' (estableciéndola como algo natural y con la heterosexualidad como sistema también naturalizado de organización del deseo), y que conlleva la subordinación y minusvaloración de lo asociado al género femenino-las mujeres.

Es necesario...

- Establecer la perspectiva de género como herramienta de análisis de la realidad, diseño, evaluación, etc., no como “tema” o punto aparte de la intervención y proyectos.
- Formar en materia de ‘Género’ a profesionales de la intervención y responsables del diseño de proyectos.
- Identificar problemáticas específicas en drogodependencias desde perspectiva de género: en la intervención médica, psicológica, social, familiar, en el acceso al Mercado Laboral, etc. Persiste una perspectiva androcéntrica en el análisis, diseño de protocolos, tratamientos e itinerarios. Se sitúa lo masculino como referencia.
- Implicación de la Administración en el impulso de nuevos programas con ópticas de atención integral, no sectorizada o segmentada

Cuestiones a incorporar en los tratamientos

- Abordaje de consumos invisibilizados
- Relaciones interpersonales y de pareja
- Violencia de género
- Doble penalización social
- Sexualidad y relación con el cuerpo
- Maternidad y Presencia de hijos/as en el tratamiento
- Dificultades en el acceso al Mercado Laboral
- Autoestima (específicamente por cuestión de género)
- Trabajo en grupos específicos de mujeres

Abordaje de consumos invisibilizados

- 80%-20% ¿Menor demanda?
- Cómo concebimos la “drogodependencia”. Dificultades de acceso y permanencia en los tratamientos.
- Consumos invisibilizados: psicofármacos y alcohol en soledad. Centros de Atención Primaria: protocolos de detección, derivación y colaboración con centros especializados.
- ‘Medicalización’ del cuerpo de las mujeres. Ansiedad, depresión, etc. no son realidades inherentes a las mujeres. Examinar procesos

Relaciones personales y de pareja

- 'Ser para los demás': eje constitutivo de la identidad de género para las mujeres. Implicaciones para con el proceso de adicción y el tratamiento
- Relación heteroafectiva como eje vital fundamental. En los procesos de drogodependencias resultan determinantes en la buena (o no) marcha del tratamiento
- No 'patologizar', introduciendo elementos de análisis desde perspectiva de género en cuanto a la construcción del amor y las relaciones heteroafectivas en nuestra cultura y sociedad. Visibilizar la desequivalencia

Violencia de género

- “Violencia de género” no es solo malos tratos en la pareja / ex-pareja.
- Investigaciones: porcentajes muy elevados. No se incorpora.
- Redes de atención segmentadas y excluyentes; no están preparadas para trabajar con esta realidad en interacción: drogodependencias y malos tratos
- Propuesta de protocolos de coordinación con recursos especializados en violencia de género en la pareja
- ¿Creación de dispositivos y recursos que proporcionen atención integral?
- Formación específica en la materia: círculo de la violencia, vínculo con el maltratador, etc.

Doble penalización social

- Fallo a los roles normativos genéricos designados para las mujeres: '(buena)esposa', '(buena)madre', '(buena)hija'
- En el imaginario colectivo no es esperable la imagen de 'mujer delincuente' o 'mujer drogodependiente'; mayor incompreensión → falta de apoyo en el entorno social inmediato
- Ocultación consumo
- Deterioro de las relaciones familiares de forma cualitativamente distinta por el hecho de ser mujer drogodependiente. Trabajo familiar

Sexualidad y relación con el cuerpo

- ¿Prostitución? ¿Erotismo asociado al consumo de determinadas sustancias?... Necesidad de un enfoque de género
- El cuerpo como espacio político privilegiado: cuerpo productivo y cuerpo sometido (Foucault, 1980:11-37)
- Sexualidad como eje de vulneración y de poder. El cuerpo de las mujeres para los otros: procrear, ser objeto de admiración, etc. y a la vez cuerpo como acceso al reconocimiento social y bienes materiales

Sexualidad y relación con el cuerpo II

- En dinámicas de consumo: forma de financiación u obtención de sustancia
- Compleja relación entre sexualidad-cuerpo y autoestima de las mujeres
- Recursos mixtos: “problemas cuando hay chicas”. Lo sesgado de este análisis.
- ¿Prohibición de las relaciones? Lo androcéntrico de éste análisis...

Maternidad y Presencia de hijos/as en el tratamiento

- En los procesos de muchos varones: fácil desvinculación tanto subjetiva como socialmente. Mujeres: culpabilización, miedo a pérdida custodia, etc.
- Maternidad como rol salvador
- 'Naturalización' de la maternidad. Necesidad de abrir espacios donde trabajar maternidades no deseadas - entrenamiento habilidades
- Presencia de hijos/as en el tratamiento: recursos no preparados para esta realidad
- 'Responsabilidad en los cuidados' (que no: 'Cargas Familiares') no compartida

Dificultades en el acceso al Mercado Laboral

- Dificultades en tanto que mujeres, no que drogodependientes. Situación estructural a resolver a nivel individual
- Dicotomía público/privado. División sexual del trabajo. ¿Autonomía e independencia?
- Segregación horizontal. Yacimientos de empleo tradicionalmente femeninos y masculinos
- Segregación vertical, 'techo de cristal'
- Medidas para la 'Conciliación'. Los cuidados como una responsabilidad social

Autoestima 'de género'

'La autoestima no es voluntaria, espontánea o natural.

(...) proviene de las condiciones de vida y de lo que cada una ha experimentado al vivir su vida' Marcela Lagarde

- Minusvaloración constitutiva de la construcción social del género femenino
- La abstinencia no conlleva una mejora de la autoestima por sí misma
- Ejercicio de delimitación de una misma y lo que una quiere
- Vínculo vs. rivalidad entre mujeres. Reconversión de lo relacional como herramienta de empoderamiento

Trabajo con grupos de mujeres

- No significa que sustituyan a los grupos mixtos. Complementarios
- Herramienta de intervención complementaria a la intervención psicológica individual. Compartir experiencias
- Permiten trabajar temas que en grupos mixtos, normalmente de mayoría masculina, “no salen”
- Permiten generar el clima grupal necesario para su abordaje
- En otros grupos específicos de mujeres, fuera de las redes de drogodependencia, las mujeres suelen esconder este hecho
- Metodología flexible, contenidos adaptables, y formulación indirecta. Confidencialidad

Conclusiones

El 'género' vendría a incorporarse al análisis de las problemáticas desde el Enfoque Multidimensional (o Multisistémico) propuesto por Carrón y Sánchez (1995) para las drogodependencias, intentando por tanto relacionar los diversos aspectos:

- procesos individuales de la persona,
- reglas explícitas (leyes)
- valores sociales implícitos en la organización social,
- tipo de sustancia como elemento material en sí mismo y sus efectos sobre el organismo

que se puedan presentar en las diversas problemáticas para su comprensión global, y en el que la perspectiva de género nos introduce elementos "innovadores" en el diseño de programas, protocolos y tratamientos

Conclusiones II

- A la problemática de la adicción, se le suman las dificultades a las que se enfrentan las mujeres por *construcción social* del género. Actualmente, los programas, en general, no responden al tipo de problemáticas y consumo que muchas mujeres presentan
- Se hace necesaria una revisión integral de los protocolos y programas de “inserción” sociolaboral para personas con problemas de drogodependencias, ya que las dificultades de acceso y permanencia en los tratamientos para las mujeres son de carácter estructural
- Es necesaria la intervención desde equipos interdisciplinarios

MUCHAS GRACIAS
POR VUESTRA ATENCIÓN

*JORNADA TÉCNICA **UNAD**
MODELO DE INTERVENCIÓN
PARA RETOS ACTUALES EN ADICCIONES
12 Y 13 DE JUNIO EN MADRID*

espai Ariadna

Servicio residencial para mujeres drogodependientes en situación de violencia de género y sus hijos e hijas



Servicio residencial para mujeres drogodependientes en situación de violencia de género y sus hijos e hijas

**“Me molesta que me pregunten siempre cómo estoy.
Quiero tener el espacio para ser yo quien pida ayuda.”**

(Usuaría)



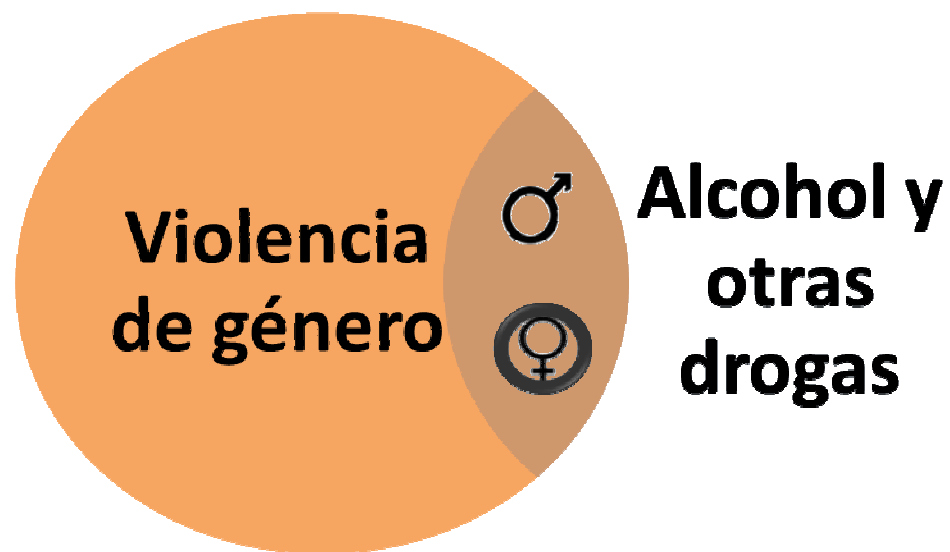
Servicio residencial para mujeres drogodependientes en situación de violencia de género y sus hijos e hijas

DE DÓNDE PARTIMOS

100% de las mujeres consumidoras viven situaciones de violencia (institucional, de entorno...)

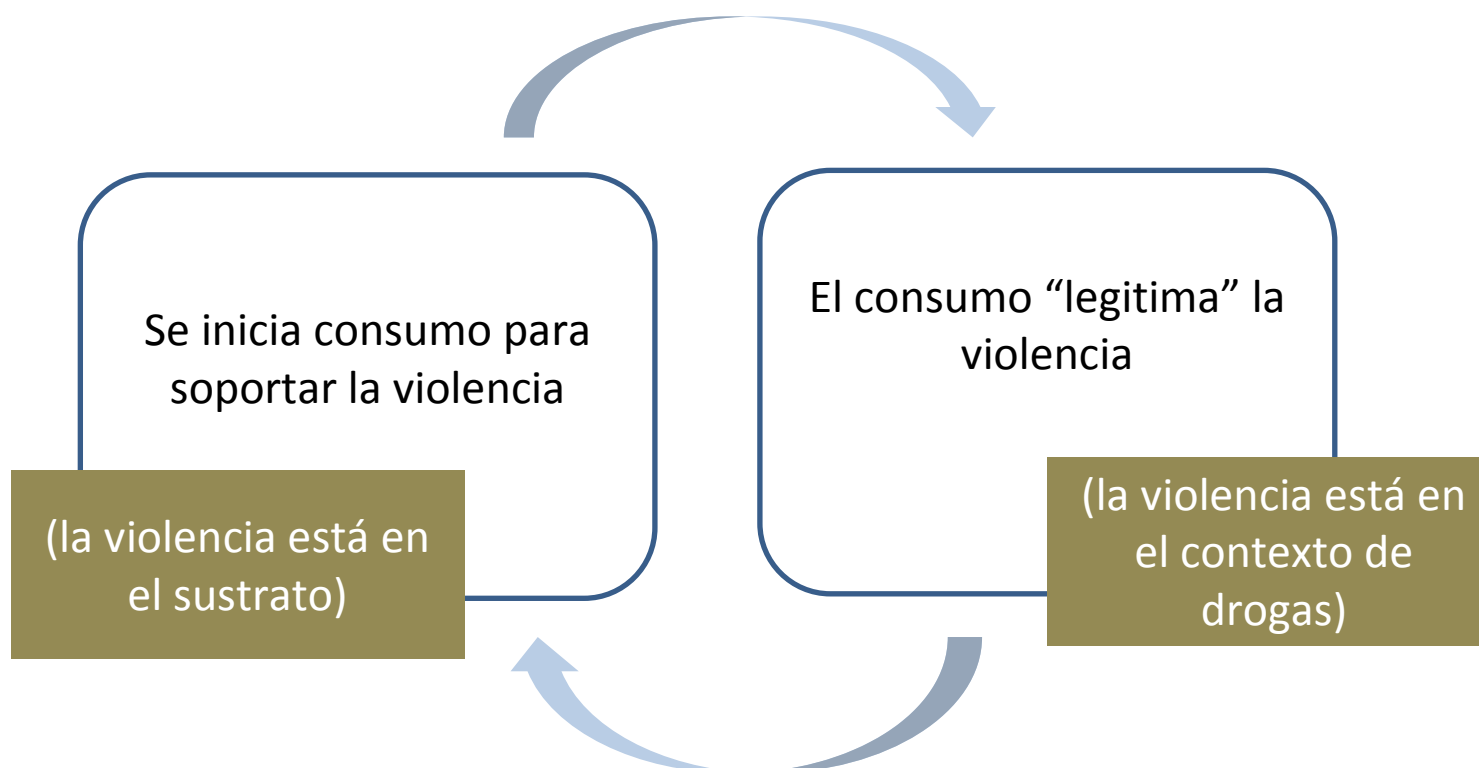


60% de las mujeres consumidoras viven violencia en la pareja



Servicio residencial para mujeres drogodependientes en situación de violencia de género y sus hijos e hijas

Binomio drogodependencia - violencia



Servicio residencial para mujeres drogodependientes en situación de violencia de género y sus hijos e hijas

Orígenes de la iniciativa

El Proyecto MALVA

- El proyecto Malva surge en el año 2000 de la experiencia de Fundación Salud y Comunidad en ambos ámbitos de intervención: **Violencia contra la pareja y Drogodependencias**.
- Es un proyecto **de prevención de la violencia de pareja asociada al abuso del alcohol y otras drogas** y se desarrolla en Madrid, Comunidad Valenciana y Catalunya.



Necesidades detectadas durante más de 10 años de intervención

1. Intervención integral

- Necesidad de trabajar conjuntamente la adicción a sustancias y la violencia de género para la recuperación personal e integral.

2. Dificultades de detección

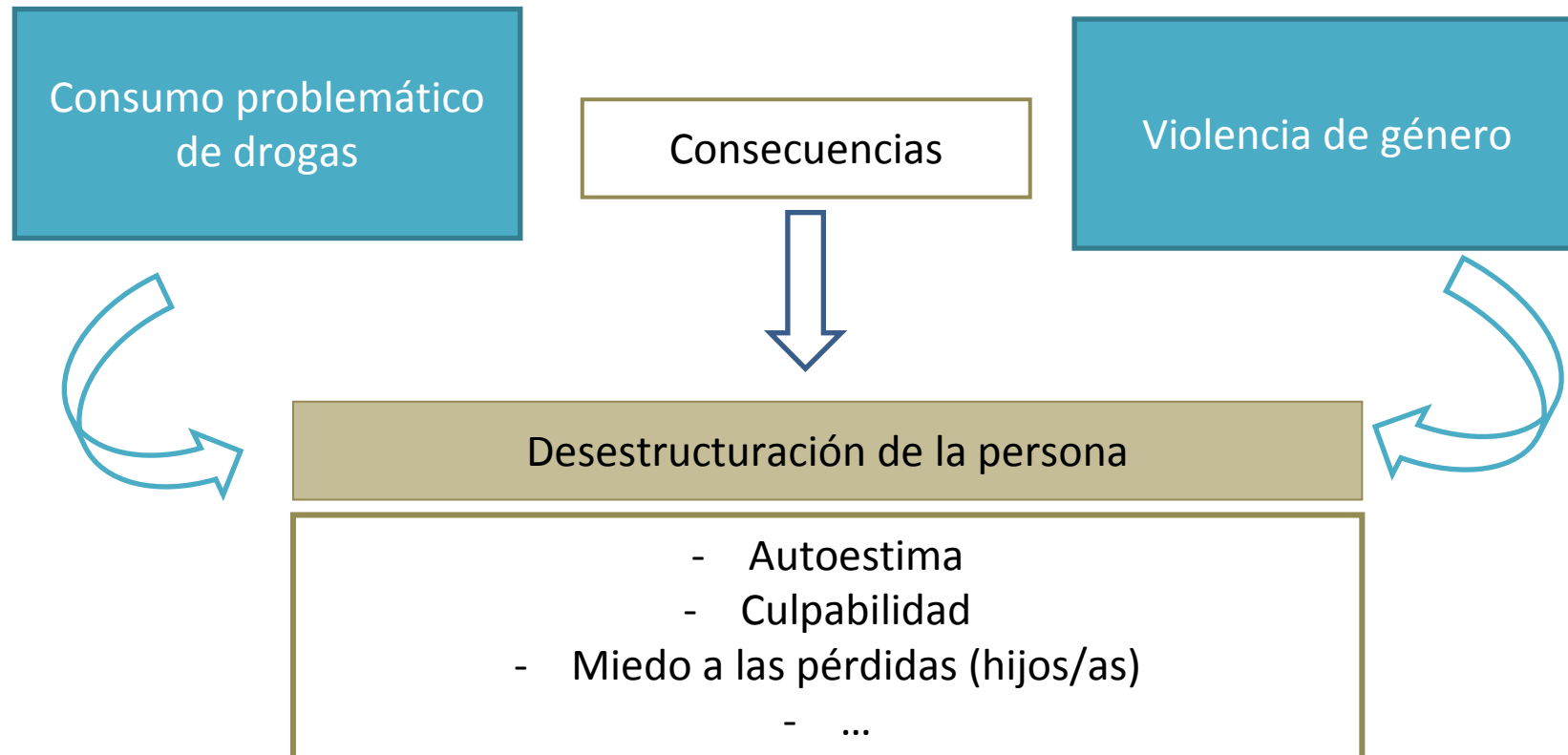
- Dificultades de detección de violencia por parte de profesionales de recursos de atención a las drogodependencias y dificultades de detección de adicción por parte de profesionales de atención a la violencia de género.

3. Flexibilización

- Flexibilización de los criterios de admisión y permanencia en los recursos de atención a las drogodependencias y en los de atención a la violencia para evitar la expulsión de estas mujeres del sistema.

Servicio residencial para mujeres drogodependientes en situación de violencia de género y sus hijos e hijas

La necesidad de una intervención integral



Servicio residencial para mujeres drogodependientes en situación de violencia de género y sus hijos e hijas

espai Ariadna. CONTRIBUYENDO A LA SALIDA DEL LABERINTO

Nace el [espai Ariadna](#) como iniciativa innovadora para dar respuesta a las necesidades detectadas derivadas de la intersección de ambas problemáticas en las mujeres y sus hijos e hijas.

Servicio residencial para mujeres drogodependientes en situación de violencia de género y sus hijos e hijas

espai Ariadna. Descripción y objetivos

Es un servicio residencial para mujeres con consumo problemático de drogas en situación de violencia de género y sus hijos/as.

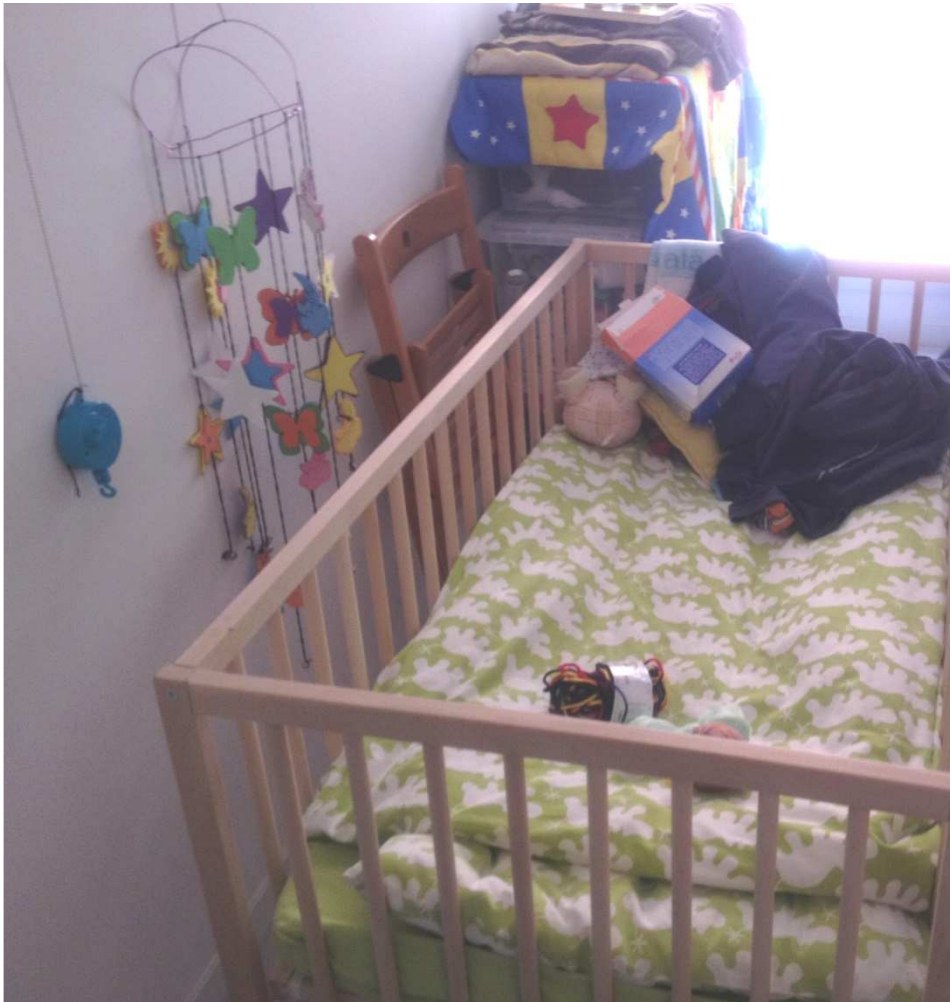
Básicamente pretende:

- Ofrecer un espacio residencial seguro** para las mujeres y sus hijos/as.
- Facilitar la **toma de conciencia** y motivación para el cambio de las mujeres atendidas tratando las dos problemáticas a la vez.
- Proporcionar las herramientas** necesarias y ser acompañadas en el proceso de recuperación integral por un equipo profesional especializado.
- Proporcionar **atención específica a los/as niños/as adolescentes** que también necesitan una atención específica para su recuperación.
- Ser un **servicio conector** entre las redes de atención a las mujeres, drogas y salud mental.
- Trabajar desde la **perspectiva de género y la Atención Centrada en la Persona** con la visión de la mujer como superviviente y protagonista de su vida.



Servicio residencial para mujeres drogodependientes en situación de violencia de género y sus hijos e hijas

espai Ariadna. Personas destinatarias



Mujeres solas o con hijos e hijas que requieren un espacio de intervención integral donde se aborde la situación de violencia y de drogodependencia y en un entorno seguro:

- Mujeres actualmente en situación de violencia**
- Mujeres que han sufrido violencia en el pasado**
- Mujeres que presentan un consumo de drogas en activo**
- Mujeres que presentan una historia de consumo.**

Servicio residencial para mujeres drogodependientes en situación de violencia de género y sus hijos e hijas

espai Ariadna. Características básicas del servicio



- **2 pisos – 1ª fase/ 2ª fase**
- **1 piso de autonomía – 2ª fase**
- **Nº total de plazas: 12-16**
- **Tiempo aproximado de estancia: 8-12 meses**
- **Período flexible de adaptación para conseguir abstinencia: 1 mes.**
- **Flexibilización de criterios**

Servicio residencial para mujeres drogodependientes en situación de violencia de género y sus hijos e hijas

espai Ariadna. Metodología de intervención

INTERVENCIÓN INDIVIDUAL

- Psicológica
- Social
- Médica y psiquiátrica

INTERVENCIÓN GRUPAL

- Grupo de prevención de recaídas
- Grupo de infancia
- Grupo psicosocial en violencia de género y drogodependencias
- Asambleas de convivencia
- Grupo de ACP
- Talleres y monográficos puntuales

INTERVENCIÓN FAMILIAR

- Con hijos/as
- Con otros familiares
- multifamiliar

Servicio residencial para mujeres drogodependientes en situación de violencia de género y sus hijos e hijas

espai Ariadna. El equipo profesional



Cobertura de 24h de equipo:

Directora Psicóloga
Trabajadora social
Educadores/as sociales
Educador/a social infantil
Integrador/a social
Referente médico/a Psiquiatra
Personal en prácticas

Servicio residencial para mujeres drogodependientes en situación de violencia de género y sus hijos e hijas

PRINCIPALES DIFICULTADES ENCONTRADAS

1. Compatibilizar la necesaria flexibilidad en las normas y la adaptación a las necesidades de las mujeres con el fin de ser un servicio integrador **con las necesidades de la convivencia colectiva**

2. Presencia de hijos/as en un servicio dirigido a mujeres drogodependientes: construir nuevo modelo. Equilibrio entre respetar el **estilo de maternaje** de cada mujer y preservar el bienestar del niño/a

3. Gestión de la seguridad y confidencialidad del recurso como tal. Especialmente en lo que se refiere a las parejas agresoras. Dificultades para mantener la confidencialidad y posibles consecuencias del conocimiento del servicio

4. Gestión del consumo de drogas por parte de las mujeres mientras están en el recurso

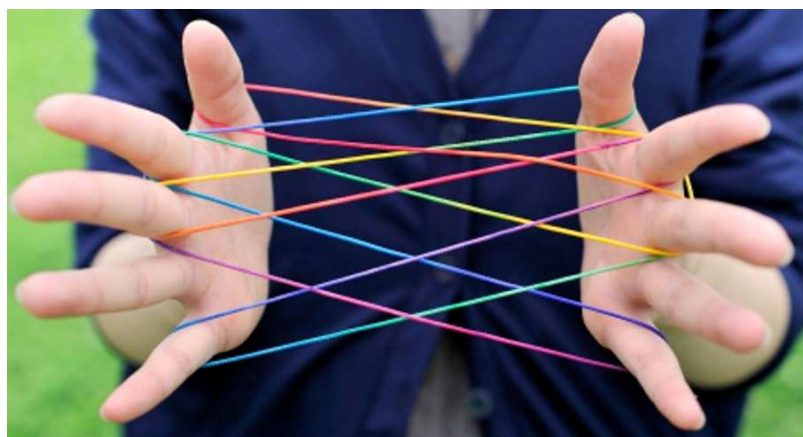
Servicio residencial para mujeres drogodependientes en situación de violencia de género y sus hijos e hijas

espai Ariadna. Dificultades encontradas y propuestas de abordaje

Dificultad encontrada

1. FLEXIBILIDAD

El reto reside en compatibilizar las necesidades, dinámicas y ritmos diferentes de cada persona en un espacio compartido.



Propuesta de abordaje

- Introducción, de forma transversal y concreta, de la perspectiva “Atención Centrada en la Persona”.
- Establecer espacios estables y periódicos de participación de las personas usuarias.
- Establecer pequeños núcleos de convivencia, facilitado por la distribución en distintos pisos del recurso.

Servicio residencial para mujeres drogodependientes en situación de violencia de género y sus hijos e hijas

espai Ariadna. Dificultades encontradas y propuestas de abordaje

Dificultad encontrada

2. Estilos de *maternaje*



Propuesta de abordaje

- Formación y sensibilización específica a profesionales del recurso para generar conciencia de la diferencia entre negligencia/irresponsabilidad maternal y estilos de *maternaje*.
- Crear espacios donde las madres puedan aportar sus vivencias respecto el papel de los/as profesionales en su vínculo madre-hijo/a.

Servicio residencial para mujeres drogodependientes en situación de violencia de género y sus hijos e hijas

espai Ariadna. Dificultades encontradas y propuestas de abordaje

Dificultad encontrada

3. Seguridad y confidencialidad

En los recursos de acogida a mujeres en situación de violencia, cuando se detecta que una mujer está en peligro es derivada a otro recurso similar en distinta ubicación geográfica. En el caso del espai Ariadna no es posible debido a la falta de recursos similares donde derivar a la mujer.



Propuesta de abordaje

- Intensificar la sensibilización de la importancia de preservar la confidencialidad del recurso entre sus usuarios/as
- En aquellos casos en que se conocen encuentros agresor-mujer (especialmente por vínculos de consumo) se han establecido unas normas que no permiten el encuentro a menos de dos paradas de transporte público.

Servicio residencial para mujeres drogodependientes en situación de violencia de género y sus hijos e hijas

espai Ariadna. Dificultades encontradas y propuestas de abordaje

Dificultad encontrada

4. Gestión del consumo

- Dificultades para mantener abstinencia
- No voluntad de abandonar el consumo



Propuesta de abordaje

- Fase inicial de desintoxicación en comunidad Terapéutica (15 días) previo a la entrada al recurso, para aquellas mujeres que lo necesiten y tengan que salir de urgencia de sus hogares.
- Abrir, dentro del recurso, una nueva vivienda para aquellas mujeres **solas** con consumo activo que no desean o no pueden abandonarlo en este momento. En este espacio se trabajaría la reducción de riesgos en el consumo y en situaciones de violencia y la toma de conciencia de la doble problemática (perspectiva DDHH).

Servicio residencial para mujeres drogodependientes en situación de violencia de género y sus hijos e hijas

espai Ariadna. Contribuyendo a salir del laberinto

Preparación del 8 de marzo en el espai Ariadna



Servicio residencial para mujeres drogodependientes en situación de violencia de género y sus hijos e hijas

ELEMENTOS CLAVE DE LA INTERVENCIÓN

Trabajar desde la **perspectiva de género** en drogodependencias: entender y abordar las necesidades específicas de las mujeres por entrar en colisión directa con su rol de género como mujeres y drogodependientes.

Integrando en cada intervención la perspectiva de, como mínimo, las dos situaciones que las han llevado donde están (**violencia de género y drogodependencia**) por un equipo experto en ambas problemáticas.

Intervenir a partir del modelo de la **Atención Centrada en la persona**: adaptándonos a las necesidades específicas de cada mujer sin apriorismos ni estereotipos.

Flexibilidad como eje vertebrador de la intervención. Pocas normas generales y revisión constante de las mismas, entendiendo que el recurso pretende, precisamente, acoger a todas aquellas mujeres “expulsadas” por el sistema.

Servicio residencial para mujeres drogodependientes en situación de violencia de género y sus hijos e hijas

“Actuar es aportar algo propio al mundo”

Hannah Arendt



LA PATOLOGÍA DUAL EN LAS ADICCIONES

- Conductor de Sesión: Raúl Izquierdo.
Asociación DUAL
- Experiencia: Asociación ALUCOD

Modelos de intervención para retos actuales en adicciones

“Patología Dual”

12 - 13 de junio de 2014

Raúl Izquierdo Muñoz
Psicólogo / N° Col: M-15785
Coordinador Técnico / Asoc. DUAL

Sobre el concepto de Patología Dual

Nuestra propuesta: Asociación Cruzada (I)

- **Asociación Cruzada** de dos situaciones clínicas: la presencia de un trastorno mental de una parte, y de otra, el uso patológico de sustancias tóxicas (consumo o abusos inadecuados, así como dependencia de drogas).
 - Supone el reconocimiento de una interacción que trasciende la observación puntual y que vincula el curso de uno de los ejes diagnósticos al del otro.
 - El deterioro de la situación psiquiátrica habrá de poner en riesgo la situación de protección frente al consumo, y a la inversa: el consumo provocará un deterioro psiquiátrico significativo y la dependencia podrá dar lugar a una progresiva erosión de la estabilidad psicológica del paciente.

Nuestra propuesta: Asociación Cruzada (II)

- El concepto de **Asociación Cruzada**:
 - vincula a las dos circunstancias: problema de drogas y psicopatología,
 - caracteriza dicha unión desde una relación entre las variables que es de implicación y mutua influencia,
 - y expresa una relación recíproca de naturaleza determinante entre los dos elementos.

EJE PSICOPATOLÓGICO

EJE DROGODEPENDENCIA

EJE DROGODEPENDENCIA

EJE PSICOPATOLÓGICO

PATOLOGÍA DUAL
Configuración Patológica
Peculiar

Sobre el origen de la Patología Dual (Paradigmas explicativos)

Psicopatología Primaria

- Psicopatología primaria y Drogodependencia secundaria. Paradigmas explicativos:

1. Automedicación:

- Para auto – tratar el cuadro psicopatológico

2. Compensación de estados:

- Para compensar efectos secundarios de la medicación
- Como mecanismo de afrontamiento eficaz a corto plazo.

Drogodependencia primaria

• Drogodependencia primaria y psicopatología secundaria: Paradigmas explicativos:

1. Intoxicación (cuadros agudos que tienden a la remisión). NO!!
2. Abstinencia (cuadros agudos que tienden a la remisión). NO!!
3. Daño funcional o estructural por consumo prolongado (cuadros estables que tienden a la cronicidad). SI!!

→ **Impacto de los nuevos patrones de consumo**

Dualidad primaria

- **Dualidad primaria:** ambos trastornos son independientes en su origen, aunque pueden llegar a interactuar (se diagnostica por exclusión)
 - Supone la existencia de un factor etiopatogénico común que explica el surgimiento de ambas circunstancias problemáticas.

Sobre los abordajes tradicionales en Patología Dual

Intervención secuencial

- El paciente es tratado de forma independiente y secuenciada en el tiempo de cada una de sus patologías, por Equipos de tratamiento independientes
- **CONSECUENCIAS:**
 - No se reconoce la peculiaridad del cuadro dual, por tanto
 - No se considera el impacto del otro eje patológico del cuadro dual, y por tanto interferirá continuamente, prolongando el tratamiento y mermando su eficacia
 - Es técnicamente inviable lograr la estabilidad en uno de los ejes por separado

Intervención en paralelo

- El paciente es tratado simultáneamente de ambos ejes patológicos, pero por Equipo técnicos independientes, dependientes a a su vez de centros de tratamiento distintos
- **CONSECUENCIAS:**
 - Los Equipos no se coordinan entre sí, y
 - Esto dará lugar al solapamiento, la duplicación o la interferencia de intervenciones.
 - El paciente recibe un tratamiento focalizado a un problema específico en cada centro, pero no se realiza un abordaje global, por ello
 - No se puede controlar el impacto del otro eje.

Intervención integral en Centro No Específico

- El paciente recibe un tratamiento global e integrado en ambos ejes de su cuadro dual por un mismo Equipo de Tratamiento.
- Un Centro no específico se adapta al tratamiento de la Patología Dual mediante la generación de nuevos programas de tratamiento.
- El Personal posee experiencia y / o formación en uno de los ejes del cuadro.
- **CONSECUENCIAS:**
 - Se asegura la concepción del cuadro Dual como ente patológico que precisa de un adecuado abordaje.
 - Se forma un Equipo Técnico Multidisciplinar para responder a las necesidades del paciente, pero
 - Los profesionales no son especialistas en Patología Dual, ya que no dominan uno de los ejes ni la interacción de ambos.
 - Las acciones complementarias (no exclusivamente terapéuticas) se desarrollarán con colectivos que padecen otras patologías, y el paciente dual percibirá la inadecuación a sus características (Ej: Servicios de Integración Laboral)
 - Implicará un menor coste asistencial que la creación de centros específicos.

Intervención integral en Centro Específico

- El paciente recibe un tratamiento global e integrado en ambos ejes de su cuadro dual por un mismo Equipo de Tratamiento.
- El Centro es específico e incorpora Programas de tratamiento diseñados para las peculiaridades del paciente dual.
- El personal se selecciona en función de sus conocimientos en Patología Dual.
- **CONSECUENCIAS:**
 - El paciente recibe un tratamiento especializado a nivel técnico que aborda globalmente su cuadro dual.
 - Se forma un Equipo Técnico Multidisciplinar para responder a las necesidades del paciente.
 - Si no existen otros recursos específicos de apoyo o continuidad, aumentará la discrepancia percibida por el paciente al alta en el centro.
 - Se generarán alternativas de tratamiento adaptadas a cada momento del proceso.
 - Implicará una inversión económica a nivel asistencial, pero
 - Representará una liberación de presión de los centros no específicos.

Modelo de Vulnerabilidad – Estrés (Paradigma sobre la Esquizofrenia)

Descripción

- Este modelo supone la existencia de una predisposición genética para desarrollar episodios psicóticos.
- Así mismo, el paciente posee menos tolerancia / resistencia, al impacto de eventos estresantes, por tanto
- La capacidad del paciente para adaptarse a sucesos estresantes es menor.
- El impacto de eventos que superen la capacidad de adaptación del paciente dará lugar a la aparición de cuadros psicóticos (ej. Fallecimiento de un familiar, etc)
- De esta forma, el paciente es más vulnerable al impacto de situaciones estresantes.

Estrategia terapéutica

- La estrategia terapéutica irá dirigida a fortalecer la resistencia del paciente ante el impacto de situaciones estresantes.
- Se trata de dotar al paciente de estrategias de afrontamiento que reduzcan su vulnerabilidad.
- Este planteamiento es congruente con la Rehabilitación Psicosocial.
- A partir del trabajo individualizado con el paciente, describiremos factores de protección y riesgo para el desarrollo de recaídas psicóticas.

Factores de protección

- Buena adherencia al tratamiento psicofarmacológico de mantenimiento
- Adecuado cumplimiento de las actividades terapéuticas y rehabilitadoras
- Optimización de la capacidad de afrontamiento
- Desarrollo de una adecuada autonomía y competencia interpersonal
- Disposición de un buen apoyo familiar y social
- Disponibilidad de apoyo profesional especializado
- Desarrollo de una actividad laboral

Factores de riesgo

- Incumplimiento del tratamiento psicofarmacológico
- Inadecuado seguimiento de actividades terapéuticas y rehabilitadoras
- Escasez de habilidades de afrontamiento
- Uso de drogas
- Escasa autonomía y pobre competencia interpersonal
- Ausencia o inadecuación de apoyo familiar y social
- Carencia de apoyo profesional especializado

Hipótesis operativa en Patología Dual: “Vulnerabilidad Cruzada”

Caracterización

- Es una hipótesis operativa de compromiso para el abordaje clínico y psicosocial del paciente con Patología Dual
- Consiste en la adaptación del Modelo de Vulnerabilidad – Estrés a nuestra concepción de la Patología Dual → *Asociación cruzada*.
- Entendemos que es igualmente vigente el Modelo de Vulnerabilidad – Estrés para explicar las recaídas psicóticas y las recaídas en el uso de drogas.
- La estrategia terapéutica es similar a la del Modelo de Vulnerabilidad – Estrés, aunque considera la complejidad del cuadro en cuanto a su interacción.
- El objetivo es lograr el mantenimiento del Equilibrio y la prevención de una recaída global.

Descripción funcional – I

Conceptos básicos

- **Vulnerabilidad**, ya que la persona con Patología Dual muestra un menor umbral de tolerancia a resistir el estrés que desencadenan diversas situaciones vitales
- **Cruzada**, puesto que el desequilibrio en uno de los ejes de la Patología Dual (ya sea el psicopatológico o el de la drogodependencia) provoca una alteración en el otro, y por tanto en todo el cuadro clínico.
- Así, un desequilibrio psicótico precede a una situación de consumo, y una situación de consumo provoca un desequilibrio psicótico que abre un proceso de desestabilización psiquiátrica

Descripción funcional – II

Conceptos complementarios

- **Umbral de Tolerancia:** el trabajo se orienta hacia el fortalecimiento de los umbrales de tolerancia al estrés provocado por diversas situaciones vitales.
- **Generación de alternativas de afrontamiento:** hay que ofrecer alternativas más adecuada para el afrontamiento de situaciones estresantes.
- **Factores de riesgo y factores de protección:** es preciso conocer cuales son los factores potencialmente precipitantes de una recaída y aquellos otros, mantenedores y potenciadores de los logros obtenidos en el proceso. Aunque muchos de ellos son generales (porque resultan igualmente estresantes para el común de la población) otros son específicos para cada paciente.

Dos ejemplos

- Un residente se encuentra en una situación cercana a la salida del piso, carece de apoyo familiar y soporte residencial a la salida. En esta situación comienza a elevarse su nivel de ansiedad y ejecuta de forma encubierta consumos esporádicos de alcohol y benzodiacepinas. Esta situación y la necesidad de ocultarla eleva nuevamente su nivel de ansiedad.
- Otro residente ejecuta un consumo masivo de cocaína que le provoca un importante desequilibrio psíquico, entre cuyos elementos se observa un importante aumento de la impulsividad, que junto con el deterioro temporal de las facultades superiores, que hacen inviable un abordaje terapéutico de contención, desencadena finalmente un proceso de recaída.

Sobre los requisitos para el inicio del tratamiento en Patología Dual

Condiciones mínimas

- **Mantenimiento de la abstinencia:** Para el adecuado abordaje de la Patología Dual, es fundamental que el paciente permanezca abstinentes a todo tipo de sustancias. Esto se hace especialmente necesario en el caso del recurso residencial.
- **Estabilización psicopatológica:** La estabilidad psicopatológica de cualquier paciente psiquiátrico es fundamental para realizar un tratamiento clínico y rehabilitador. En la atención a Personas con Patología Dual, el control de este elemento resulta fundamental.
- **Adherencia a los tratamientos:** Es fundamental que el paciente haga un correcto seguimiento de cada uno de los niveles de tratamiento: psicofarmacológico, psicoterapéutico o psicosocial.

Condiciones complementarias

- **Conciencia de problema:** Aunque resultaría excesivo solicitar del paciente una adecuada conciencia de problema, esta debe ser la suficiente como para que este reconozca la necesidad de un tratamiento.
- **Necesidad de tratamiento / Deseo de cambio:** Solo si se cumple el requisito anterior el paciente se implicará en el proceso de tratamiento. No obstante, en el caso del recurso residencial es difícil discriminar a priori, si lo que el paciente verbaliza como conciencia de problema y deseo de cambio, se corresponde con una clara voluntad de recibir tratamiento más allá de obtener un alojamiento.
- **Voluntariedad de la demanda:** Es imprescindible que el paciente realice por sí mismo la demanda de tratamiento. Solo así se conseguirá un compromiso óptimo con el proceso terapéutico.

Sobre los Factores de Protección

Adherencia al Tratamiento Psicofarmacológico de Mantenimiento

- El adecuado seguimiento de la pauta médica, se configura como una condición indispensable, no solo para el inicio del tratamiento sino también para asegurar la estabilidad clínica a medio y largo plazo.
- Implica a la Conciencia de Problema y depende de que el sujeto disponga de un nivel adecuado de información sobre la importancia de esta área de tratamiento.
- Para potenciar la adherencia, es fundamental que el paciente disponga de canales de comunicación con el médico, y le pueda comunicar y consultar cualquier tipo de duda en relación a ésta, sin vergüenza ni pudor (por ejemplo, no es raro que experimente problemas de erección y/o eyaculación con determinados medicamentos, que pueden corregirse en comunicación con el profesional).
- Ante la observación de cualquier efecto indeseado o incluso de naturaleza incapacitante, el paciente debe ponerse en contacto con el médico, pero nunca abandonar a voluntad propia el tratamiento.

Adecuado cumplimiento de actividades terapéuticas y rehabilitadoras

- Esta área representa un complemento básico para garantizar la recuperación a corto, medio y largo plazo.
- Tan importante como tomar la medicación, resulta que el paciente acuda a todas las citas de seguimiento de sus distintos profesionales, y acepte y ejecute las indicaciones que estos le transmitan.
- En el caso de Programas de Rehabilitación Psicosocial, son éstos los que garantizan la recuperación de áreas erosionadas o nítidamente deterioradas. De este modo, cuanto más intensivo y temprano sea el tratamiento, mejor será el pronóstico en el futuro.
- Vuelve a resultar fundamental el establecimiento de canales de comunicación entre el paciente, la familia y los profesionales que le asisten con el fin de garantizar una adecuada progresión terapéutica.

Optimización de la capacidad de afrentamiento mediante entrenamiento psicosocial

• De forma congruente con el modelo de Vulnerabilidad – Estrés, sabemos que la capacidad de afrontamiento (de problemas y o dificultades) es moldeable, y por tanto susceptible de mejorar con entrenamiento psicosocial. En este sentido debemos considerar las siguientes intervenciones a lo largo del proceso de rehabilitación:

- Psicoeducación / Prevención de Recaídas.
- Entrenamiento en Habilidades Sociales / Técnicas de autocontrol.
- Psicomotricidad y / o actividades deportivas.
- Entrenamiento Actividades de la Vida Diaria (básicas e instrumentales).
- Talleres ocupacionales.
- Actividades formativas y rehabilitación laboral.
- Ocio e integración comunitaria.
- Intervención familiar.

Desarrollo y potenciación de la autonomía y la competencia interpersonal

- **Autonomía:** definida como la capacidad de autogestión en los planos personal y social. Este parámetro que es transversal, se define en el plano de los objetivos terapéuticos, y se adquiere a lo largo del proceso rehabilitador.
- **Competencia Interpersonal:** o capacidad de relacionarse adecuadamente en diversos niveles: íntimo, familiar, social o laboral, entre otros.
Conviene distinguirlo de las Habilidades Sociales, ya que el sujeto puede ser interpersonalmente competente en lo potencial pero no disponer por ausencia o erosión de un adecuado repertorio de habilidades sociales.

Disponibilidad de un adecuado apoyo familiar y social

- Los pacientes que disponen de soporte familiar y éste se integra adecuadamente en el tratamiento mejoran más, lo hacen más rápido, y tienden a mantener por más tiempo sus logros terapéuticos.
- La adecuación del apoyo familiar, se ha de lograr a través de la colaboración con los profesionales.
- La intervención familiar es un complemento estratégico fundamental para garantizar la estabilidad del paciente a lo largo del tiempo.
- Se deben articular sesiones de tutoría con la familia, grupos de psicoeducación bajo el formato “Escuela de Familias”, e incluso sesiones mixtas supervisadas profesionalmente entre el grupo familiar y el paciente.
- El asesoramiento técnico en longitud al grupo convivencial se configura como un esfuerzo terapéutico altamente rentable de cara a la conservación de los logros del paciente.

Disponibilidad de apoyo profesional especializado

- Disponer de un Equipo Profesional especializado en el abordaje específico de la Patología Dual, representa una garantía de éxito en todos los niveles de tratamiento: desde la fases iniciales de adherencia y asunción de conciencia de problema, hasta las más avanzadas de incorporación laboral o retorno al contexto social comunitario de origen.
- Es conveniente configurar un Equipo Técnico Multidisciplinar, compuesto por Psiquiatra y / o Médico, Psicólogo, Trabajador Social, Educador Social y Terapeuta Ocupacional.
- No obstante, es posible que el paciente reciba tratamiento en varios centros donde se ubiquen por separado cada uno de estos profesionales.
- Si es así, resulta imprescindible que entre ellos exista una coordinación fluida.

Desarrollo de una actividad laboral protegida u ordinaria

- La incorporación laboral representa la última etapa en el desarrollo de un proceso rehabilitador.
- Resulta fundamental que ésta se produzca en el momento adecuado y que se adapte a las características clínicas y personales del paciente.
- En todo caso, la consecución de un empleo es un objetivo relativamente asequible, en comparación con el verdadero reto que reside en lograr el mantenimiento del puesto de trabajo a medio y largo plazo.
- Siempre que sea posible, es conveniente que ésta se produzca dentro del mercado ordinario. Esto representa la “puesta en juego” de todas las habilidades conservadas y rehabilitadas, y simboliza el retorno del paciente a la sociedad como agente productivo y autónomo.
- En el caso de pacientes con déficits basales importantes es aconsejable promover su incorporación laboral mediante alternativas de empleo protegido con soporte técnico especializado.

Sobre la estrategia básica de intervención en medio residencial

Estrategia Terapéutica Básica I

(Parámetros mínimos)

- **Contención clínica global:** Se estructura a través de la realización de actividades terapéuticas. Semanal o diariamente se monitoriza en cada caso la estabilidad de los ejes del cuadro dual en función de las situaciones a las que el paciente se expone cotidianamente. Puede ser:
 - **Programada:** cuando el paciente se va a enfrentar a una situación que previsiblemente es estresante (Ej: incorporación laboral, cercanía al alta, etc)
 - **No programada:** cuando sobreviene una situación no prevista como pueda ser un desequilibrio psicótico de origen súbito o la ejecución de un consumo cuyo deseo no ha sido previamente declarado.

Estrategia Terapéutica Básica II (Parámetros mínimos)

- **Disponibilidad terapéutica:** La disponibilidad del Equipo debe ser lo más amplia posible. Así mismo, el paciente puede solicitar atención psicológica individual fuera del horario formal de terapia y recibe atención de forma inmediata. Esta condición resulta altamente rentable por:
 - Consolida la seguridad del paciente dentro del tratamiento.
 - Reduce el nivel de estrés cotidiano.
 - Dota al paciente de apoyo para la resolución de conflictos, sin recurrir a alternativas inadecuadas (escape, evitación, bloqueo, etc).
 - Permite la canalización de estados emocionales negativos.
 - Afianza el vínculo terapéutico con el recurso y sus profesionales.

Estrategia Terapéutica Básica III (Parámetros mínimos)

- **Modulación del apoyo:** La intensidad del apoyo terapéutico se ha de adaptar al momento evolutivo de cada paciente dentro de su proceso. Esto va a permitir:
 - Proteger al paciente en momentos de máxima vulnerabilidad → y en consecuencia, favorecer la demanda de ayuda por parte del paciente.
 - Exponer al paciente en la etapa de máxima exposición → y por tanto, fortalecer la autonomía del paciente.
 - Establecer una línea de transición en el eje evolutivo protección – exposición, respetando el ritmo del paciente en colaboración con él.

Algunas cuestiones...

- ¿Qué hay de nuevo en la “vigencia actual de la Patología Dual”?
¿Desde el punto de vista de las drogodependencias? ¿Y desde el punto de vista de la psicopatología?
- ¿Qué es más importante, desde un punto de vista práctico: la definición del concepto de Patología Dual o su delimitación conceptual?
 - En el eje psicopatológico, ¿qué ejes incluimos? ¿Eje I y/o II?
 - En el eje de la drogodependencia, ¿qué patrón de consumo consideramos? ¿Uso, abuso y/o dependencia?
- ¿Creéis que a la hora de interpretar los cuadros de Patología Dual, influye el sesgo profesional en función de la procedencia asistencial de cada técnico?

Asociación DUAL

- C/ Albendiego, 7
28029 MADRID
- Tfno. y Fax: 91 323 15 55
- Web: www.patologiadual.com
- E-mail: asociacion.dual@patologiadual.com

Juan Manuel González (Director C.T. Casa Roja)
Estefanía Hidalgo Aldana (Psicóloga C.T. Casa Roja)



ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA DUAL EN C.T. CASA ROJA

Madrid
13 de junio de 2014

**JORNADAS TÉCNICAS DE UNAD: MODELO DE
INTERVENCIÓN PARA RETOS ACTUALES EN
ADICCIONES**



CONTENIDOS

1. Presentación de ALUCOD Y C.T. CASA ROJA
2. Definición y objetivos de la CT Casa Roja
3. Perfil de usuarios atendidos y prevalencia de patología dual en CT Casa Roja
4. Atención a la PD: programa de intervención
5. Resultados



1. Presentación de ALUCOD Y C.T. CASA ROJA

Sobre **ALUCOD**



ALUCOD es una entidad *sin ánimo de lucro, de ámbito nacional*, que ofrece una *atención integral* en **adicciones**, **enfermedad mental** y **exclusión social**, para mejorar la situación y la *salud* de las personas y de la sociedad en general.





2. Definición y objetivos de la CI Casa Roja

Comunidad Terapéutica **CASA** **ROJA**

CARACTERÍSTICAS

- Profesionalizada
- 20 plazas
- Mixta
- Urbana, ubicada en Llerena (Badajoz)
- Conveniada con Servicio Extremeño de Salud (SES)
- Dos programas de tratamiento residencial: desintoxicación (corto) y deshabituación (largo).
- Sistema de Calidad en la Gestión



Comunidad Terapéutica **CASA** **ROJA**

OBJETIVO

Conseguir la recuperación BIO-PSICO-SOCIAL de la persona, facilitándole la formación, hábitos y habilidades necesarias para su posterior **incorporación laboral, social y familiar.**



Comunidad Terapéutica **CASA**

ROJA

MODEL O DE CT



Entendemos que el modelo de CT debe ser un recurso especializado de la red asistencial, formado por un **equipo multidisciplinar en coordinación** con los profesionales de atención a conductas adictivas (ambulatorios) y salud mental, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas con problemas de adicción y otras patologías, mediante la recuperación de los déficit funcionales y estructurales de la persona.



3. Perfil de usuarios y PD en CT Casa Roja

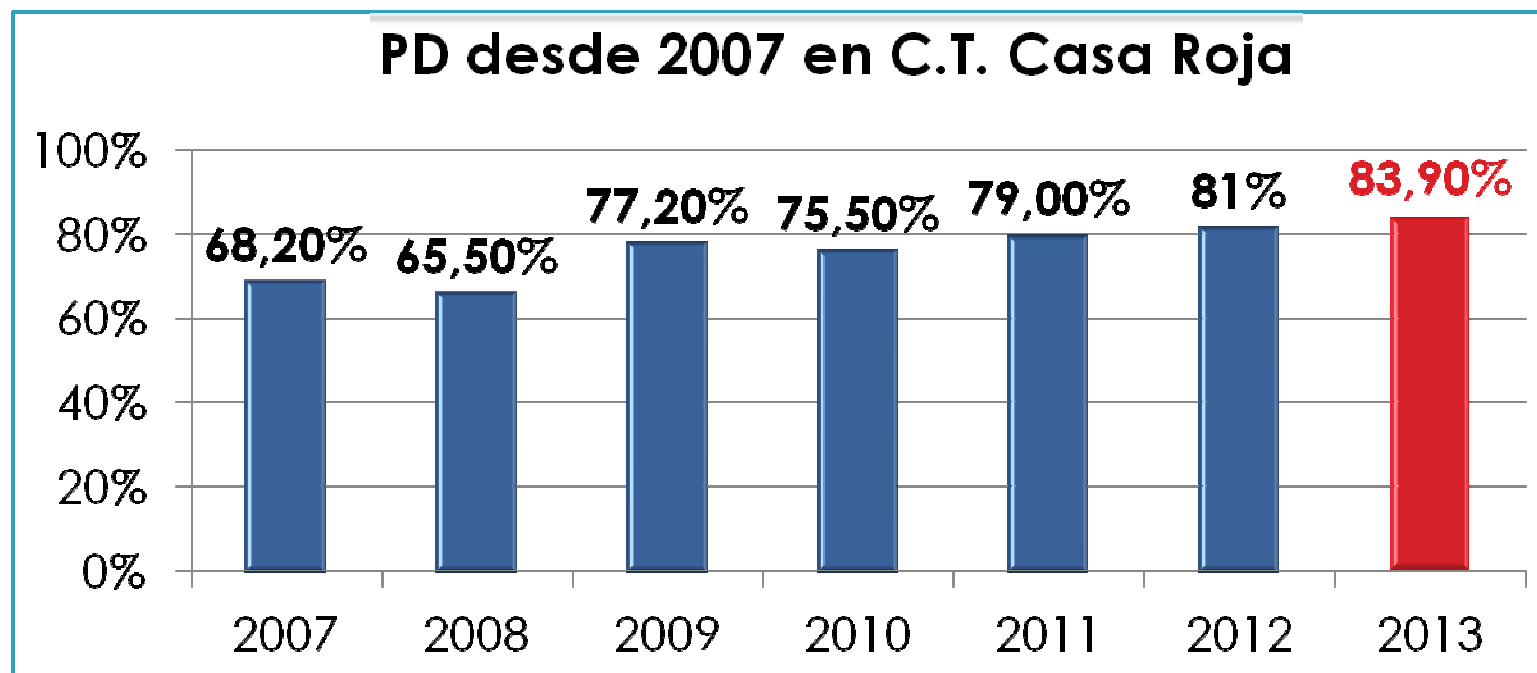
Perfil de usuarios atendidos

- **Grave déficit en su comportamiento, vida social y personal**, con un modo de vida totalmente afectado por el consumo de drogas.
- **Carece de soporte socio-familiar** para desarrollar otros tipos de intervención o contando con él, éste puede ejercer una influencia negativa en el proceso rehabilitador.
- **Fracasos previos** en otras modalidades de tratamiento.
- **Pacientes con otras problemáticas** sin recursos específicos para ellos.



PREVALENCIA DE PD EN CT CASA ROJA

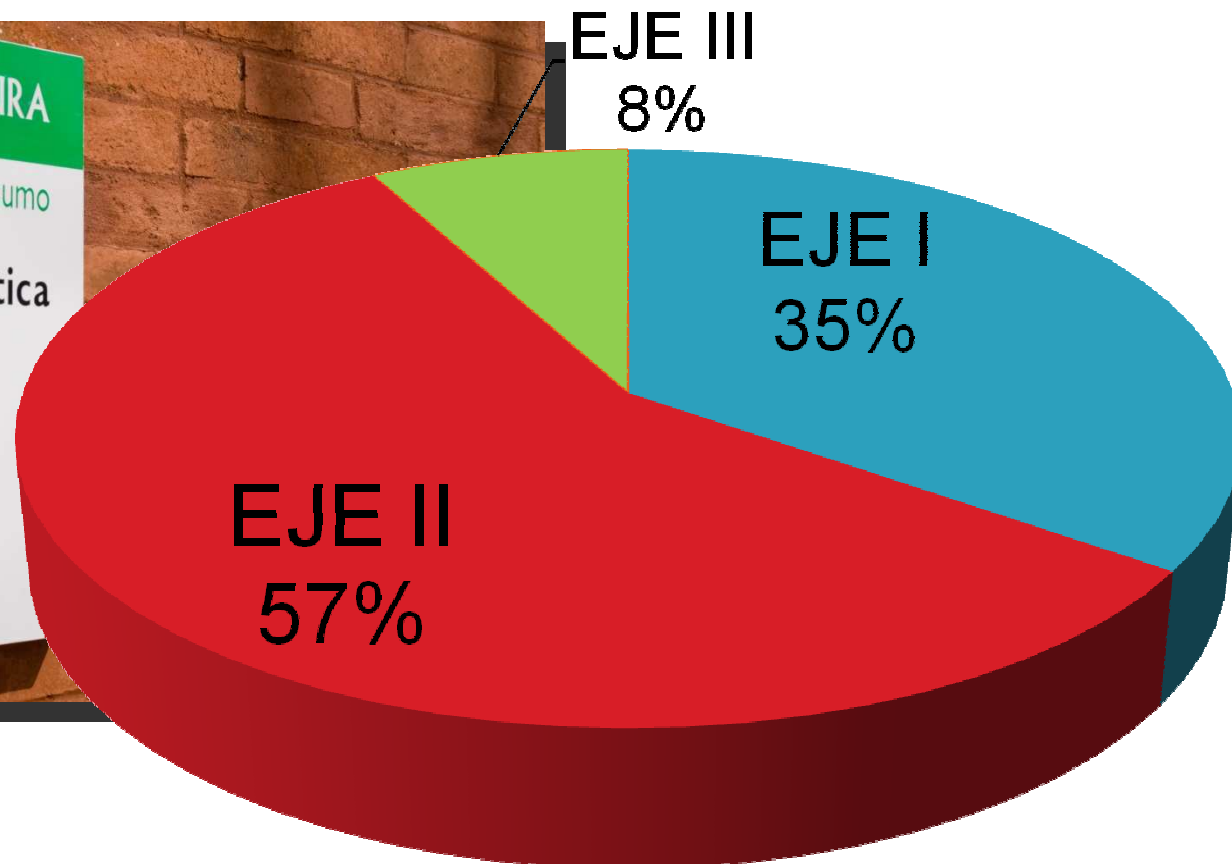
Tendencia al alza en el porcentaje de patología dual hasta llegar al **83,9%** en 2013



Posibles causas del incremento en PD

- **Especialización del equipo** en la detección y atención de la enfermedad mental asociada
- En 2009 se produce el mayor incremento en el porcentaje de PD, coincidiendo con la **apertura de la Unidad Psiquiátrica** de Llerena (UHB) y la reciente implantación del **Protocolo de Coordinación y Atención a la PD** del Servicio Extremeño de Salud
- Incremento de las **derivaciones** de pacientes con PD desde los centros derivadores de ambas redes por los resultados obtenidos

Trastornos psiquiátricos más frecuentes



Trastornos psiquiátricos más frecuentes

- ✓ Los trastornos más frecuentes son los de personalidad (173)
- ✓ **Tipo B (límite, histriónico, narcisista y antisocial):** 103 usuarios entre 2007 y 2013.
- ✓ Las principales características de estos usuarios es que su **comportamiento es dramático, emotivo e inestable.**



Trastornos psiquiátricos más frecuentes

- ✓ Las personas con trastorno de personalidad **tipo C (dependiente, evitativo y obsesivo-compulsivo)** se comportan de manera ansiosa y temerosa (36).
- ✓ Los de **tipo A (paranoide, esquizoide y esquizotípico)** suelen parecer raros, suspicaces y excéntricos (21).
- ✓ Existe un número de usuarios con **trastorno de personalidad no especificado** o de personalidad mixta (13), y 4 casos de **retraso mental**.



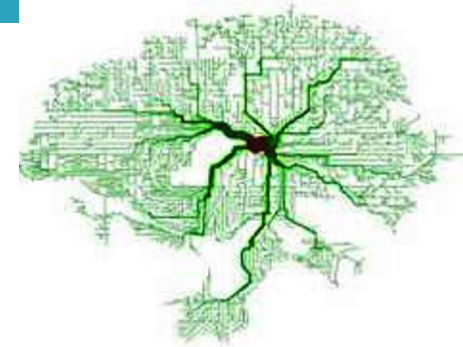
Trastornos psiquiátricos más frecuentes



Eje I (105 usuarios):

- ✓ **Trastornos del estado de ánimo** (depresión y bipolar) (47)
- ✓ **Trastornos de ansiedad** (8)
- ✓ **Trastornos de alimentación** (anorexia, bulimia, **atracones...**),
- ✓ **TDAH** (12)
- ✓ **Psicóticos** (esquizofrenia, depresión con rasgos psicóticos, otros) (28)

Trastornos psiquiátricos más frecuentes



Eje III:

Destacar que en los últimos años hemos atendido a 14 personas con **lesiones neurológicas** que afectaban su desempeño cotidiano limitando gravemente su autonomía.

LA PD EN C.T. CASA ROJA ES LO “NORMAL”

En resumen, la **realidad asistencial** de la CT Casa Roja se compone de una gran mayoría (**84%**) de personas con adicción de difícil manejo y con trastorno mental de **alto nivel de complejidad**, correspondiente al perfil asistencial **Grupo C** definido en el **Protocolo de Coordinación y Atención a la Patología Dual del SES**.



4. Atención a la PD: programa de intervención

SITUACIÓN INICIAL (I)

- Ingresos realizados por derivaciones desde los CEDEX
- Falta de diagnósticos psiquiátricos
- Pacientes atendidos por la red de drogodependencias (etiqueta de “toxicómano”), no los quieren en salud mental
- Pacientes “ping-pong”, van de un recurso a otro (nadie los quiere)

SITUACIÓN INICIAL (II)

- Las CT “son recursos de y para drogodependientes”, y no se plantea la perspectiva psiquiátrica
- Alto índice de fracasos en los tratamientos: existe la percepción de que el paciente no encaja en el sistema
- Aparición del Protocolo de Coordinación y Atención a la Patología Dual (SES)
- ¿Quién debe cambiar: el paciente o el sistema?

SI TENEMOS UN “ZAPATO DE CRISTAL”...



SÓLO SERVIRÁ A...

CENICIENT
A



SI EL ZAPATO SE ADAPTA...

VALE PARA
TODOS...



POR TANTO...

**NO ES EL USUARIO EL QUE DEBE
ADAPTARSE AL TRATAMIENTO**

**SINO EL TRATAMIENTO EL QUE
DEBE CONTEMPLAR LAS DISTINTAS
CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS**

OBJETIVO GENERAL

Proporcionar una **asistencia integral** al usuario con patología dual que facilite:

- 1) El control y disminución de la intensidad, frecuencia y eliminación de síntomas pertenecientes al **trastorno psiquiátrico**, y
- 2) La eliminación de variables que mantienen las cadenas conductuales de búsqueda y **consumo de drogas**, además de la eliminación de las creencias negativas en torno a la recaída y la instauración de un repertorio de afrontamiento para la búsqueda de nuevos estilos de vida.

ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN

- 1) *Atención y tratamiento de la salud mental.*
- 2) *Atención y tratamiento del consumo de drogas o adicción.*
- 3) *Atención en crisis.*
- 4) *Rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social.*
- 5) *Rehabilitación laboral y apoyo a la integración en el mundo del trabajo.*
- 6) *Alojamiento y atención residencial comunitaria.*
- 7) *Protección y defensa de sus derechos.*
- 8) *Apoyo a las familias.*

METODOLOGÍA

- Programa que contempla un **modelo multicomponente** de intervención que se desarrolla por **fases** desde una perspectiva **multidisciplinar**.
- El marco de actuación es común y adaptado a las necesidades de cada usuario (**diversificación de tratamientos**) mediante una intervención dinámica sujeta a cambios y modificaciones individuales (**Plan Terapéutico Individual**).

MODELO MULTICOMPONENTE

- **Control de estímulos y normas explícitas de conducta con contingencias de refuerzos y/o castigos** con el fin de desarrollar el autocontrol y la responsabilidad individual.
- **Actividades estructuradas** para cambiar el estilo de vida y aprender a planificar, a establecer objetivos y a adquirir responsabilidades.
- **Terapias individuales y de grupo** para modificar patrones de pensamiento y comportamientos negativos, adquirir valores positivos, identificar y manejar emociones y situaciones de riesgo.
- Las **salidas programadas** sirven de verificación, feedback y reforzamiento de los progresos adquiridos (generalización de los cambios).

Programas de tratamiento en CT Casa Roja

DESINTOXICACIÓN

- Ingreso desde el consumo activo.
- Entre 6 y 12 semanas.
- Objetivos y actividades específicas.
- Procedimiento PO03-03-01

DESHABITUACIÓN

- Segunda fase del tratamiento.
- Entre 3 y 9 meses.
- Objetivos y actividades específicas.

PERSPECTIVA MULTIDISCIPLINAR (I)

- **Médica:** Coordinación con CEDEX, Atención Primaria y Hospital, para los tratamientos de desintoxicación, la atención médica general y especializada.
- **Psiquiátrica:** Coordinación con ESM y/o de la UHB de Llerena, siendo el marco de referencia el Protocolo de Coordinación y Atención a la Patología Dual de la Junta de Extremadura.
- **Psicológica:** metodología de intervención individual, grupal y familiar para el tratamiento del usuario según las fases de cada programa.

PERSPECTIVA MULTIDISCIPLINAR (II)

- **Social**, para cubrir las necesidades del usuario en los ámbitos familiar, laboral, judicial y acompañamiento sanitario.
- **Formativa-Educativa**: para estimular las capacidades cognitivas de los usuarios y ampliar sus conocimientos mediante la inclusión en talleres formativos-educativos.
- **Inserción laboral**: desarrollo de las capacidades para la ocupación laboral, a través de distintos talleres pertenecientes a ALUCOD. Empresa de inserción.

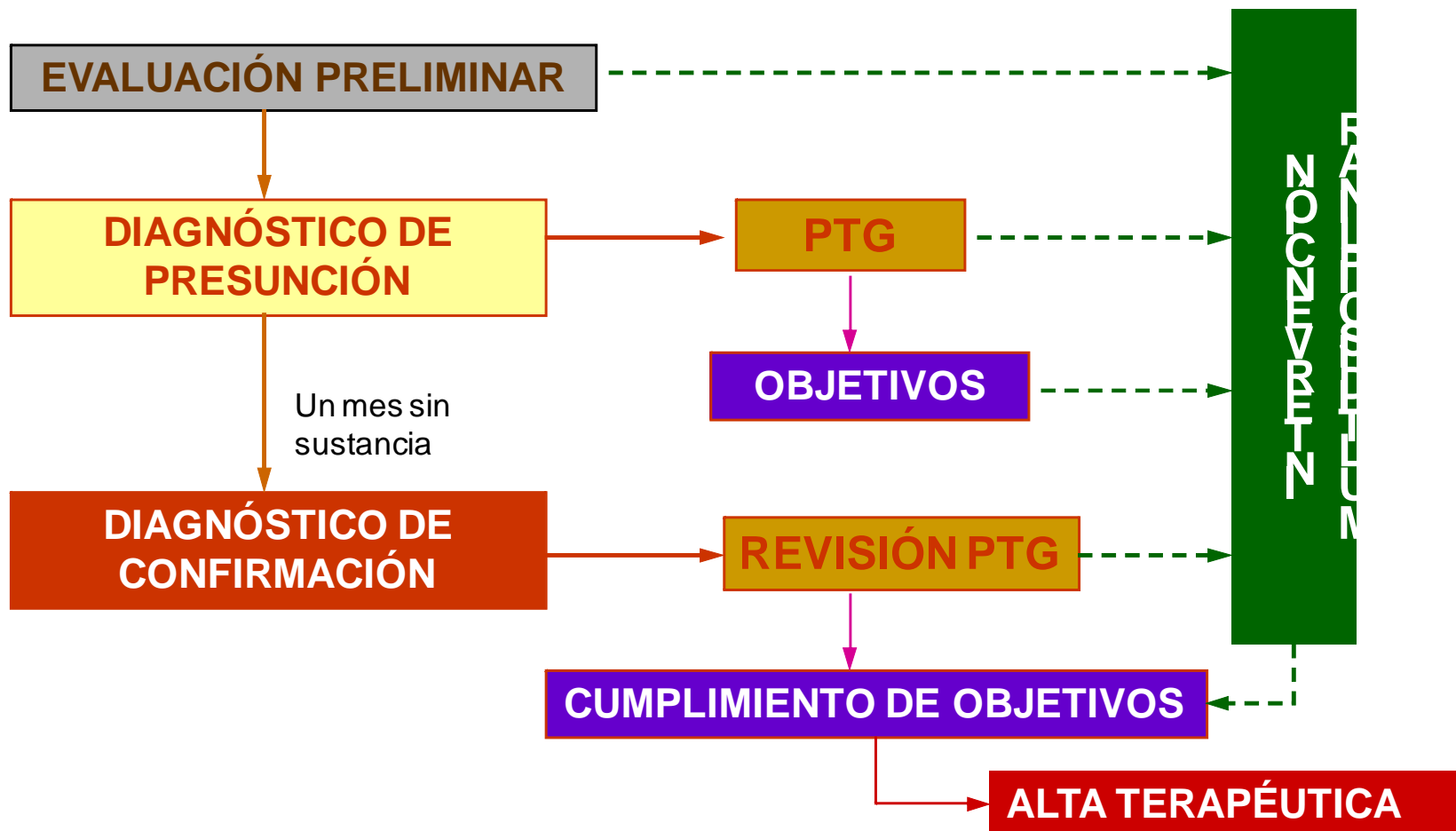
Aspectos metodológicos aplicados en la intervención

- **Evaluación** funcional de las discapacidades y habilidades del usuario en relación con las demandas ambientales de su entorno.
- **Planificación** sistemática, estructurada y flexible de todo el proceso de rehabilitación con cada usuario.
- **Implicación y participación activa** del usuario y de su grupo de apoyo, especialmente la familia, en todas las fases del proceso de rehabilitación:
 - Pasar la responsabilidad de su propio cambio a la persona (empoderamiento).
 - Contar con sus intereses y necesidades en su plan de tratamiento.

Aspectos metodológicos aplicados en la intervención

- **Entrenamiento** específico, flexible y contextualizado de las habilidades que el sujeto necesita para manejarse en los diferentes ambientes que configuran su entorno comunitario. **Salidas terapéuticas desde el inicio.**
- **Seguimiento, monitorización y apoyo.**
- **Intervención** enfocada desde el **trabajo en equipo**, la **coordinación y colaboración** entre los diferentes equipos y servicios que atienden al usuario.
- **Adaptación de los programas y actividades** a las necesidades de las personas en tratamiento.
- Incorporación de las **neurociencias** en el tratamiento.
- **Desmitificación** de la drogodependencia.
- **Evaluación** planificada y sistemática de los **resultados** alcanzados y utilización de la misma para el ajuste de objetivos e intervenciones.

Metodología



Necesidades → programas = PTI

NECESIDADES

- Inclusión social
- Nuevo estilo de vida saludable
- Habilidades de afrontamiento
- Estabilización
- Motivación

PROGRAMAS / ACTIVIDADES

PSICOLÓGICA

SOCIAL

FORMATIVA

MÉDICA

INSERCIÓN
LABORAL

ÁREA PSICOLÓGICA

- Modalidades intervención: individual, grupal y familiar

PROGRAMAS:

- Prevención de recaídas
- Estabilidad emocional
- Psicoeducativo de alimentación
- Estimulación y rehabilitación cognitiva (NeuronaDos)
- Psicoeducativo para familiares

ÁREA SOCIAL

- Educación para la salud
- Habilidades para la Vida Diaria
- Diagnóstico e intervención social
- Intervención y asesoramiento en ámbito judicial

ÁREA FORMATIVA

- Alfabetización
- Aula didáctica
- Informática
- Educación física y deporte
- Taller de prensa
- Conocimiento del programa terapéutico
- Videoforum

ÁREA MÉDICA

Atención primaria y especializada proporcionada por profesionales externos de CEDEX, Equipo de Salud Mental, Hospital y Centro de Salud de Llerena.

ÁREA DE INSERCIÓN LABORAL

- Taller de inserción sociolaboral.
- Talleres ocupacionales de reciclaje y viverismo.



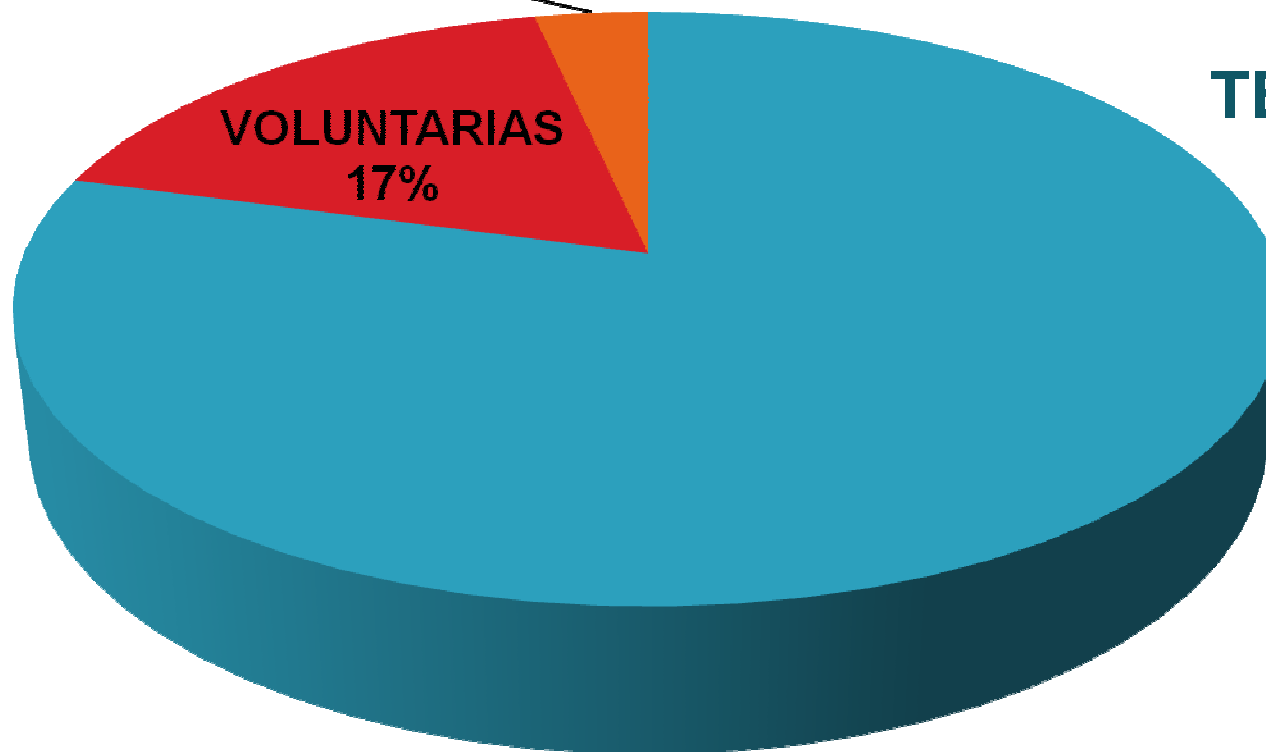
5. Resultados

ALTAS EN DESINTOXICACIÓN

2013

DISCIPLINARIAS
4%

PERSONAS CON PATOLOGÍA DUAL

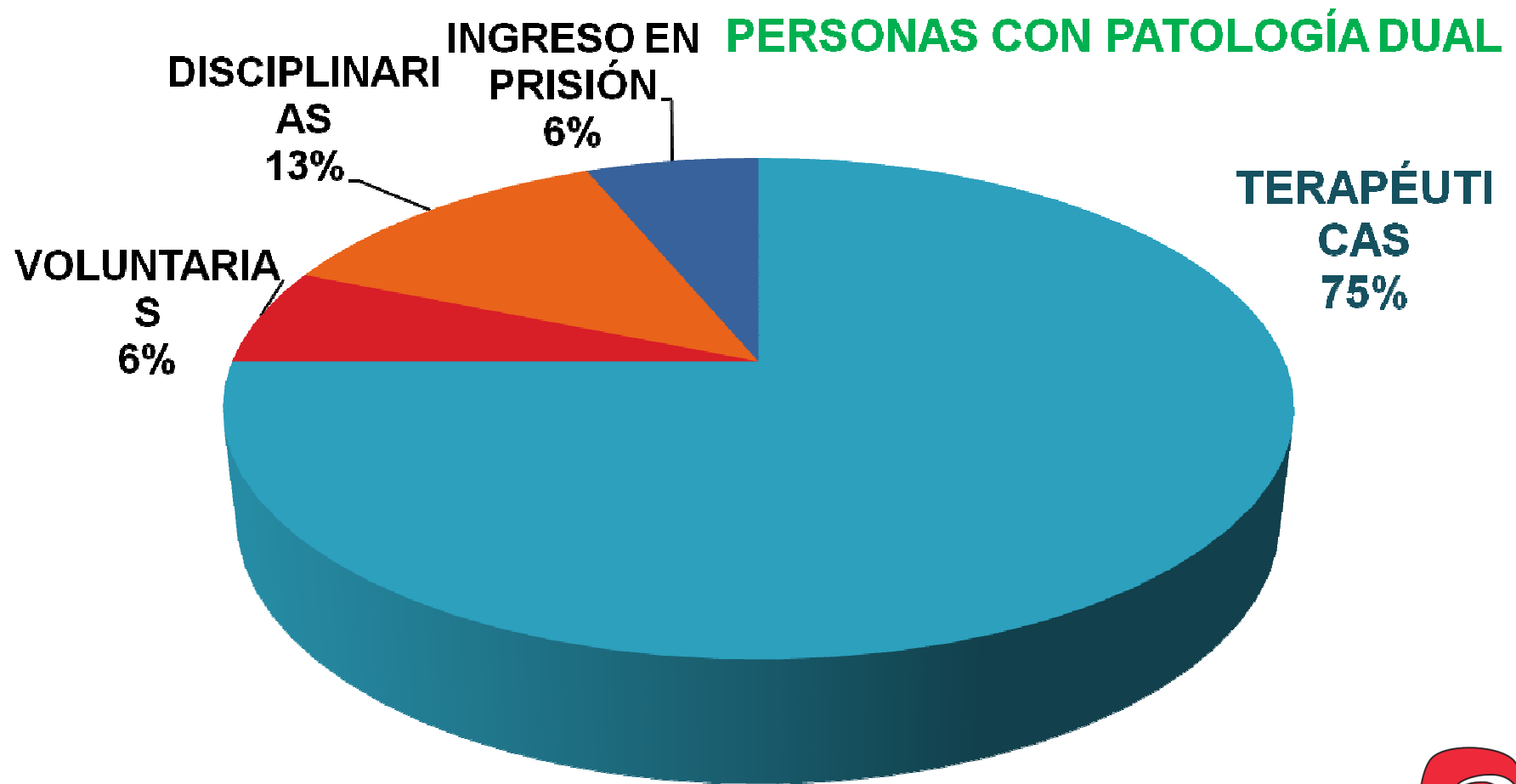


TERAPÉUTICAS
79%

ALTAS EN DESINTOXICACIÓN 2013

- El **79%** de los usuarios alcanzaron los objetivos establecidos obteniendo **Alta Terapéutica**
- El **4%** de los usuarios fueron expulsados del programa (**Alta Disciplinaria**), y
- El **17%** lo abandonaron voluntariamente (**Alta Voluntaria**).

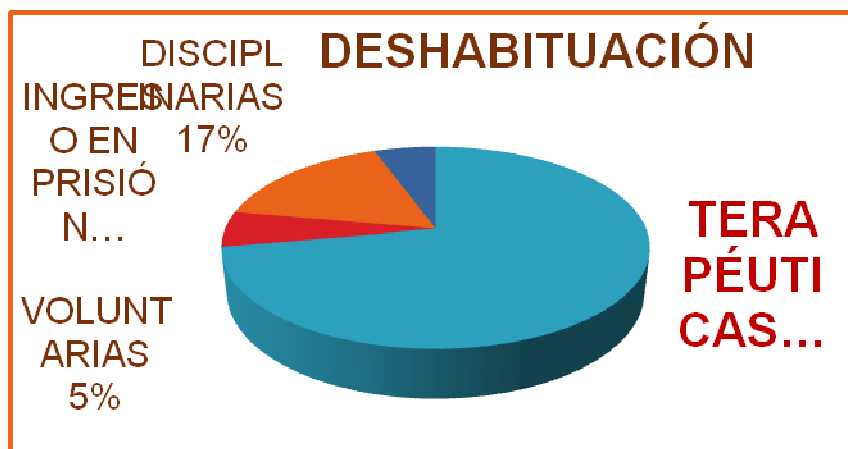
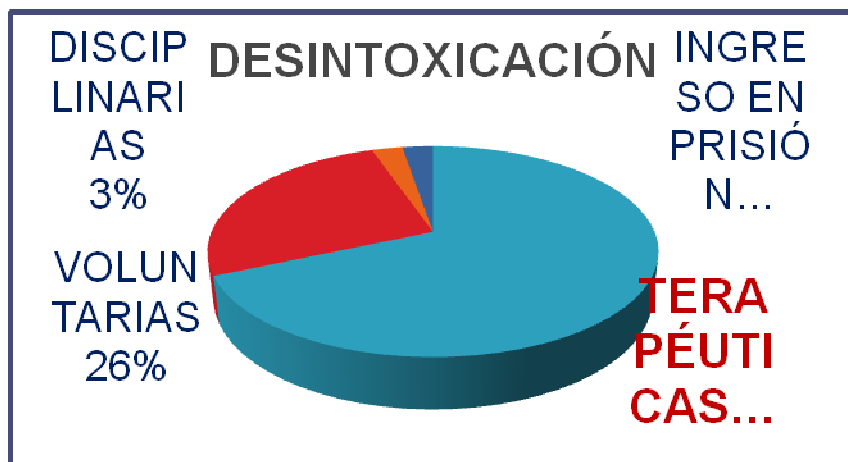
ALTAS EN DESHABITUACIÓN 2013



ALTAS EN DESHABITUACIÓN 2013

- El **75%** de los usuarios completó el programa con **Alta Terapéutica**;
- El **13%** fue expulsado (**Alta Disciplinaria**);
- El **6%** lo abandonó voluntariamente antes de finalizarlo (**Alta Voluntaria**), y
- El **6%** restante **ingresó en prisión**.

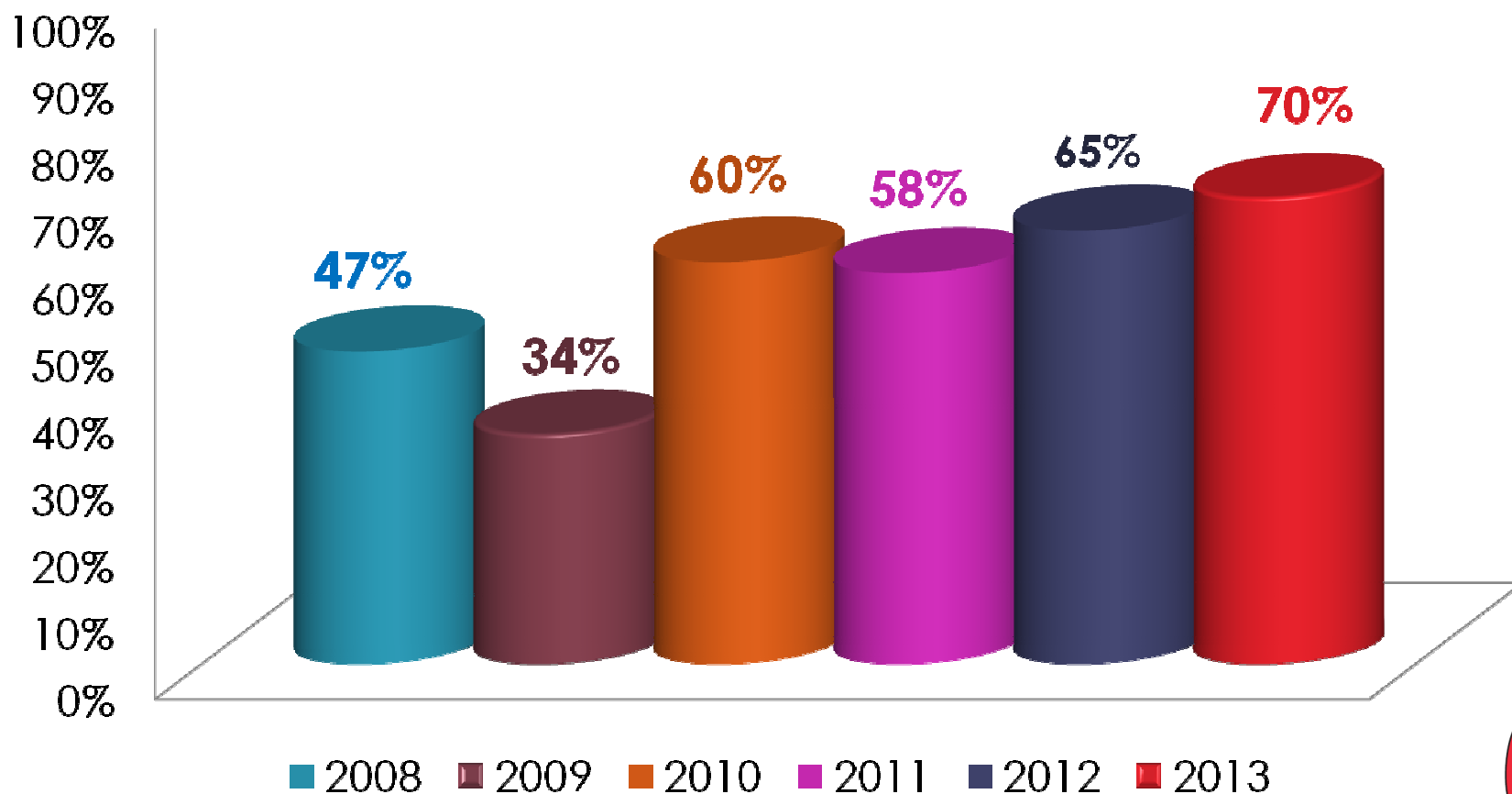
ALTAS TOTALES EN 2013



El porcentaje de **altas terapéuticas** (por cumplimiento de objetivos) obtenido en el total de las personas atendidas fue del **68%** para el programa de **desintoxicación** y del **72%** para el de **deshabitación**

EN LOS ÚLTIMOS AÑOS...

ALTAS TERAPÉUTICAS 2008 - 2013



SOBRE LOS RESULTADOS

El porcentaje de altas terapéuticas, es decir, de finalización de tratamiento por cumplimiento de objetivos, se ha ido incrementando desde 2009 hasta llegar al máximo porcentaje en el ejercicio pasado de 2013, un 70%

El aumento del porcentaje de altas terapéuticas en los últimos 4 años, es un indicador del éxito en el modelo de tratamiento que aplica ALUCOD en la comunidad terapéutica Casa Roja.

¡GRACIAS POR SU ATENCIÓN!



#SalvemosCasaRoja



www.alucod.com

<http://neuronados.wordpress.com>