

SOCIDROGALCOHOL

Sociedad Científica Española
de Estudios sobre el Alcohol,
el Alcoholismo y las otras Toxicomanías

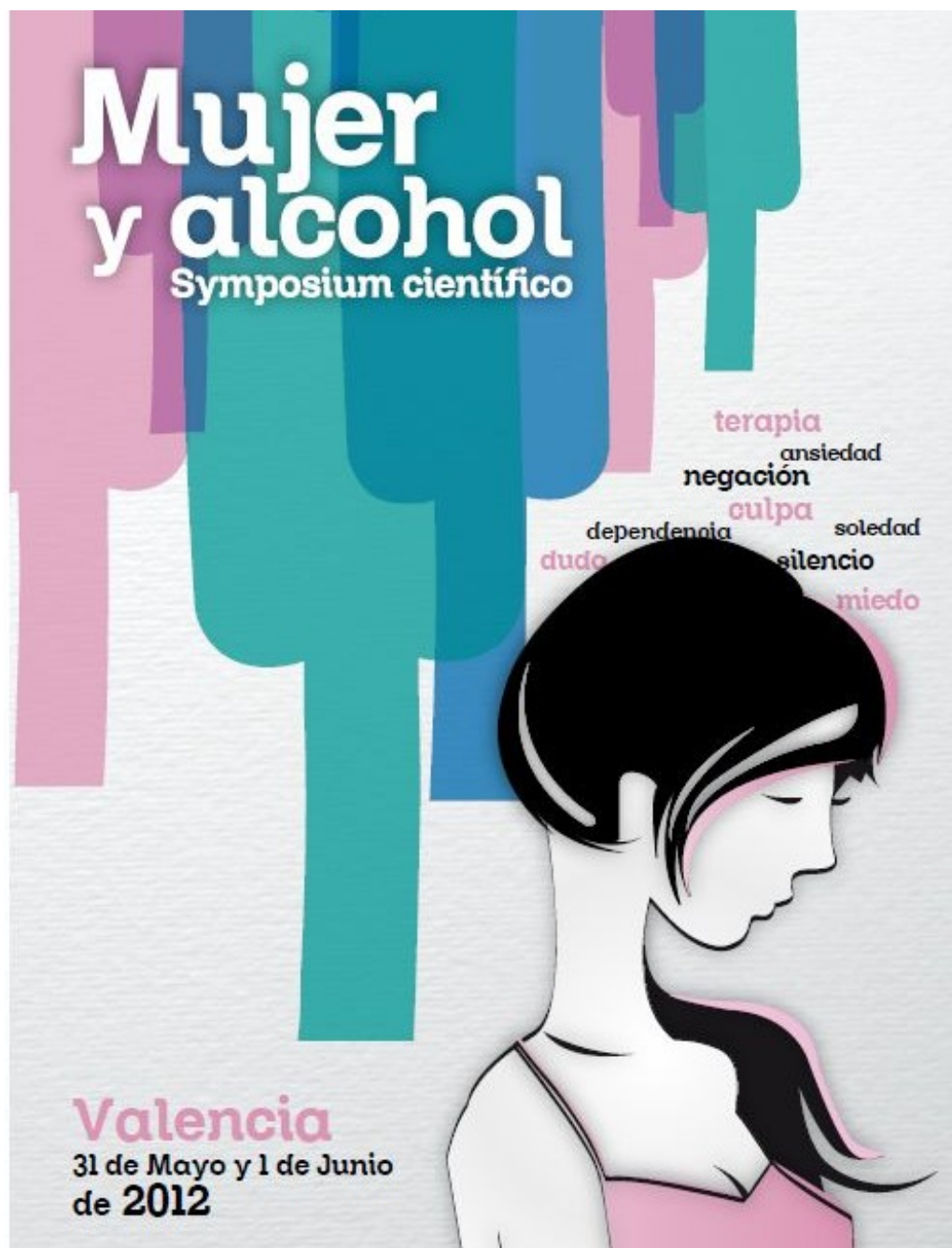


SYMPOSIUM CIENTÍFICO MUJER Y ALCOHOL

Mujer y alcohol
31 de mayo y 1 de
junio 2012
València



**Documentos
y resúmenes**



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

Publicación de SOCIDROGALCOHOL. Septiembre 2013
ISBN: 978-84-695-8479-8

**Segunda
Edición**

Presentación

Durante la primavera de 2012, SOCIDROGALCOHOL, celebró en Valencia con el apoyo de su delegación autonómica, el Symposium científico sobre Mujer y Alcohol.

Se sabe desde hace tiempo que las características del consumo de alcohol y las consecuencias en las mujeres difieren en muchos aspectos con las de los hombres.

Ese es el principal motivo que nos llevó a analizar durante dos días esta temática, desde el punto de vista epidemiológico, preventivo, terapéutico - asistencial, de recursos, evaluación y reflejo social.

Un consumo de alcohol comparando con el del varón, pero sobre todo señalando las diferencias, por ejemplo, el consumo clandestino, la aparición del SAF, los distintos enfoques y sensibilidades.

Para ello, un elenco de destacados profesionales expuso y debatió intensamente durante esos dos días ante un auditorio comprometido con ganas de aprender y de intercambiar experiencias.

El sencillo documento que pueden leer a continuación refleja el contenido y el resultado del trabajo serio, riguroso y de calidad que fueron capaces de realizar todos los allí presentes.

Debo dar las gracias al equipo de C&Events por la exquisita organización, al grupo de SOCIDROGALCOHOL de Valencia y a la Junta Directiva por su entrega unos e implicación los otros, a los ponentes por su calidad, a los asistentes por su alto nivel de participación y por último al Plan Nacional sobre Drogas por permitirnos un año más celebrar este tipo de encuentros.

Gracias a todos y espero que les sea útil el documento como estado de situación del debate.

Por nuestra parte tienen el firme compromiso de seguir trabajando por mejorar la salud de la población en general y en particular la de las personas adictas.

Un saludo afectuoso.

Dr. Francisco Pascual

Coordinador del Symposium científico Mujer y Alcohol. Valencia 2012.



Índice página 55



Programa

10,00-Conferencia Inaugural: *Mujer, alcohol y salud*, D^a Julia González Alonso, Directora de la Unidad de Sistemas de Información. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid

Presenta: Azucena Martí. Psicóloga. Presidenta SOCIDROGALCOHOL CV.

11,30-12,40

Epidemiología. Modera: Yoana Monzonis. Licenciada en Sociología. SOCIDROGALCOHOL CV.

Epidemiología: alcohol y género en la Unión Europea. João Augusto Castel-Branco Goulão. Presidente del Consejo de Administración del Observatorio Europeo de las Drogas e de las Toxicomanías. Portugal.

La situación en España. Joan Ramón Villalbí Hereter. Médico Salud Pública Barcelona.

La realidad desde los centros asistenciales. Sandra Muñoz Guillen – Psicóloga AHNAR. Valencia.

12,45-14,00

Diagnóstico y Clínica. Modera: Rafael Forcada. Psiquiatra. SOCIDROGALCOHOL CV.

Diagnóstico específico y evaluación de los problemas del alcohol en las mujeres. Teresa Bobes Bascarán. Psicóloga Clínica. Doctora en Psicología. Profesora Asociada Facultad de Psicología Universidad de Valencia. CIBERSAM.

Complicaciones orgánicas, diferencias de género. Benjamín Climent Díaz. Médico Internista. Hospital General de Valencia.

16,00 – 17,30

Problemas específicos. Modera: Carmen Sala. Enfermera. SOCIDROGALCOHOL CV.

Alcohol y embarazo. Consuelo Guerri Sirera. Investigadora. Centro Príncipe Felipe.

Alcohol y violencia doméstica. Gemma Altell Albajes, Directora Dpto. Atención a la Mujer de FSC. Tutora del Máster sobre violencia familiar, Universidad de Barcelona.

La mujer alcohólica: víctima de su propia dependencia. Josefa Gómez Mo-



ya. Profesora Universidad. Doctora en Sociología. Máster en Derechos Humanos. Trabajadora Social. Valencia.

Codependencia. Azucena Martí Palacios. Psicóloga UCA La Vall D'Uixo. Castellón. Presidenta de SOCIDROGALCOHOL Comunidad Valenciana.

18,00-20,00

La cuestión de género: mesa redonda. Modera: Maite Cortés. Psicóloga. SOCIDROGALCOHOL CV.

Estrategia de la OMS. Manuel Ribeiro Cardoso. Miembro del Consejo Directivo del Instituto de Droga y Drogodependencia. Portugal.

EUROCARE y las mujeres alcohólicas. Tiziana Codenotti - Presidenta EUROCARE. Italia.

Proyectos de Drogodependencias en la Comunidad Valenciana, en relación con el consumo de alcohol en las mujeres. M^a Jesús Mateu Aranda. Dirección General de Ordenación y Asistencia Sanitaria. Drogodependencias GVA.

Comorbilidad psiquiátrica: mujer alcohol y alteraciones mentales. Antonio Terán Prieto. Psiquiatra. CDC San Juan de Dios, Palencia.

DÍA 1 DE JUNIO

9,00-11,00

Enfoques terapéuticos. Modera: *Benjamín Climent*. Médico Internista. SOCIDROGALCOHOL CV.

Tratamiento médico. Josep Guardia Serecigni. Consultor Sénior en Psiquiatría. Unidad de Conductas Adictivas. Hospital de Sant Pau. Barcelona.

Tratamiento psicológico. Silvia Sttreti. Psicóloga asesora de FACOMA. Madrid.

Problemas y perspectiva social. Tratamiento integral del alcoholismo en la mujer. Félix Rueda López. Psicólogo Coordinador Terapéutico de programas y servicios Proyecto Hombre Alicante.

11,30-14,00.

Recursos específicos. Modera: Francisco Pascual. Médico. SOCIDROGALCOHOL.

Unidades de conductas adictivas. Ignacio Calvo Carbonell. Médico Responsable Unidad Alcohólica. Alcoi. Alicante.

Centros de día. Javier Romero Guasch. Coordinador Fundación Atenea Albacete.



Viviendas tuteladas. Bartolomé Cañuelo Higuera. Jefe Servicio Drogodependencias Cruz Roja Córdoba.

Comunidades terapéuticas. Mar González. Psicóloga de la Comunidad Terapéutica para Mujeres de la Fundación Arzobispo Miguel Roca. Proyecto Hombre. Valencia.

16,00-17,45.

Aspectos preventivos. Modera: José A. Giménez. Psicólogo. SOCIDROGALCOHOL CV.

Prevención en el consumo de alcohol de las y los adolescentes. Manuel Sanchís Fortea. Jefe Unidad de Desintoxicación Bétera. Valencia.

Prevención en embarazadas de riesgo. Equipo Juan Antonio Ortega Servicio Salud Medioambiental Murcia.

Prevención e intervención breve en Atención Primaria. Joan Colom Farran. Subdirector Organ tènic Drogodependències de Catalunya.

18,15 -19,30

Debate: problemas sociales, alternativas y respuestas. Modera: Miguel Ángel Torres. Psiquiatra. SOCIDROGALCOHOL CV.

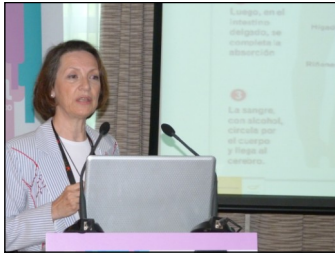
Medios de comunicación. Mikel Sierra Esteban. Vicepresidente tercero ANIS. Consultor Sénior de Estrategias de Comunicación y Marketing Farmacéutico. Madrid.

ONGs. Joseba Orueta. Psicólogo AREMI (Alcohólicos Rehabilitados Miranda del Ebro). Burgos.

Administración. Ricardo Pérez Gerada. Médico UPC Valencia. *Abogacía.* Ana María Carrascosa de Miguel. Letrada del Consejo General del Poder Judicial. Madrid. *Policía...* Salvadora LLacer. Policía Municipal Alcoi. Alicante.

20,30 Clausura. Dr. Francisco Pascual. Médico SOCIDROGALCOHOL.

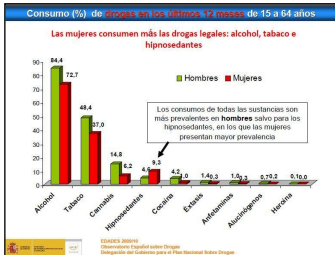




Conferencia Inaugural

La Conferencia Inaugural, con el título de *Mujer, alcohol y salud*, fue realizada por Julia González Alonso, Directora de la Unidad de Sistemas de Información, Plan Nacional sobre Drogas.

Las principales conclusiones fueron.



Existen dos tipos de consumos entre las mujeres, un consumo recreativo entre las más jóvenes donde aparecen episodios de binge drinking y embriagueces, y otro entre las mujeres a partir de los 40 años que podemos denominar como consumo paliativo

- A nivel mundial el consumo de alcohol representa la tercera carga en cuanto a gasto económico y de salud.
- Es importante revisar las diferencias fisiológicas y neurobiológicas entre los hombres y las mujeres que hace que el consumo de bebidas alcohólicas actúe de forma más negativa en el género femenino.
- A ello hay que añadir la importancia del Síndrome alcohólico fetal a la hora de causar taras en los recién nacidos, con implicaciones posteriores, teniendo en cuenta que el alcohol pasará también a la leche en el periodo de lactancia, por lo que se aconseja consumo 0 de alcohol durante el embarazo y lactancia.
- Últimamente en las estadísticas entre jóvenes (ESTUDES) se observa un claro incremento del consumo de alcohol entre las chicas. Incluso mayor que entre los chicos a los 14 – 15 años.
- Existen dos tipos de consumos entre las mujeres, un consumo recreativo entre las más jóvenes donde aparecen episodios de binge drinking y embriagueces, y otro entre las mujeres a partir de los 40 años que podemos denominar como consumo paliativo. Donde el efecto del alcohol ese busca como mitigador de sufrimientos personales.
- En el primero actúa como factor instigador el estereotipo de los nuevos modelos sociales, ejerciendo una presión social al respecto, influyendo la publicidad en la misma.
- Otros factores como el stress, la masculinización de ciertos quehaceres y la igualdad de género en las formas de consumo incrementa el mismo entre las jóvenes.
- En el otro grupo la invisibilidad es la norma común.
- El fenómeno de policonsumo está presente en ambos grupos, en las jóvenes en cuanto al cannabis y la cocaína en las más mayores los hipnose-dantes.

Otro factor es la relación entre alcohol y violencia, y aunque el bebedor sea la propia mujer o su pareja, terminan convirtiendo en la mayoría de los casos a la mujer en víctima.

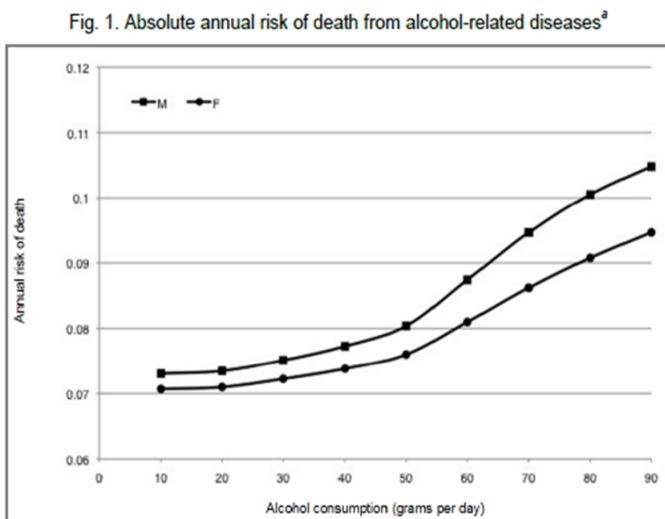


Epidemiología: alcohol y género en la Unión Europea

Epidemiología: alcohol y género en la Unión Europea. João Augusto Castel-Branco Goulão. Presidente del Consejo de Administración del Observatorio Europeo de las Drogas e de las Toxicomanías. Portugal.

Es importante para avanzar en el tema del alcohol que las estructuras administrativas/políticas a nivel europeo nacional pudieran ser la misma tanto en drogas ilícitas como en el alcohol. Nos encontramos en estos momentos que las drogas ilícitas están bajo la custodia de la administración de justicia, mientras que el alcohol es responsabilidad de salud pública. Esta estructura conlleva limitaciones en la estructuración de estudios, tratamientos de datos, comparativas..... Encontramos en las estadísticas la relación establecida entre alcohol y policonsumo.

A nivel europeo encontramos en las estadísticas una tendencia generalizada a la baja de



^a Absolute annual risk of death from alcohol dependence, liver cirrhosis and alcohol-related cancers and cardiovascular diseases, net of protective effects, from drinking a certain average amount of alcohol daily from 10 g alcohol/day to 90 g/day, age-standardized for adults aged over 15 years for the WHO European Region (Source: Taylor, Rehm & Anderson, 2010, personal information).

Así también un cambio en el uso del alcohol y drogas en este momento de crisis económica se ha recrudecido el uso de alcohol y sus problemas derivados. El uso de alcohol como un alivio del displacer.

Como específico de la mujer está bien recordar sus características a nivel cultural y destacar de ellas el marketing que las empresas de bebidas alcohólicas han lanzado dirigidas a ellas. También como importante recor-

da a la baja de número de consumidores de alcohol menores de 16 años, pero al mismo tiempo los jóvenes que consumen tienen un patrón de aumento de ingesta intensiva. También nos muestran estos datos que se está equilibrando el consumo entre hombres y mujeres de edades a partir de 16 años, y que los primeros consumos esporádicos se realizan a los 12 - 13 años.



En este momento de crisis económica se ha recrudecido el uso de alcohol





dar la baja autoestima y la estigmatización de la mujer que bebe bebidas alcohólicas o está intoxicada para su posterior tratamiento.

Como factores de riesgo a nivel psicológico destacar la importancia de la historia familiar de consumo de bebidas alcohólicas, el control de impulsos y/o la pocas estrategias para enfrentarse al stress, las separaciones y divorcios y las dificultades sexuales. Y como factores de vulnerabilidad el papel familiar que ejercen como mujeres, el trabajo, las relaciones sociales y la presión de los pares.

También tener presente las características fisiológicas de la mujer como su menor cantidad de agua corporal en relación a los varones o la menor actividad de la alcohol deshidrogenasa gástrica.

Y siguiendo en estas diferencias como los varones destacar en la mujer su papel en la maternidad, tanto en el embarazo como en el momento de la lactancia materna. Sabemos que el consumo de alcohol durante el embarazo está asociado a complicaciones en el desarrollo embrionario, pudiendo culminar en un cuadro de síndrome alcohólico-fetal. El etanol atraviesa libremente la membrana placentaria. Y también en la lactancia, cuando las mujeres que amamantan ingieren bebidas alcohólicas, el alcohol se difunde en los fluidos orgánicos, encontrándose también en la leche materna. En esta situación los efectos para el bebe variaran de acuerdo con la concentración de alcohol en la leche, pudiendo encontrar estados de embriaguez en el bebe, alteraciones en el desarrollo motor, alteraciones del sistema nervioso central, mala evolución ponderal.

Sabemos que el consumo de alcohol durante el embarazo está asociado a complicaciones en el desarrollo embrionario

Efectos Alcohólicos Fetales

- Parto prematuro
- Muerte fetal
- Menor índice APGAR
- Retraso del desarrollo intrauterino
- Menor coordinación visual-motora
- Hiperactividad
- Dificultad de concentración
- Trastornos del sueño
- Inestabilidad emocional



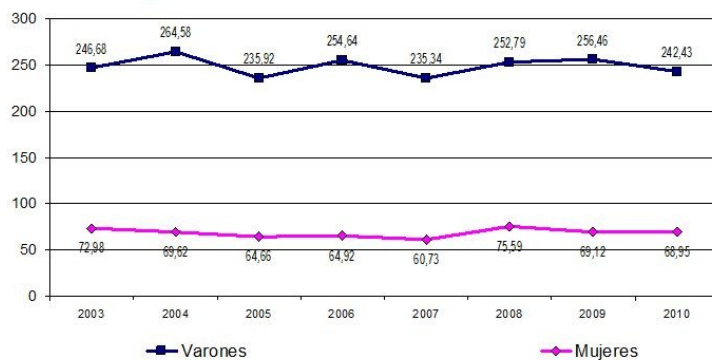
Mujer y alcohol: epidemiología La situación en España

Joan Ramón Villalbí Hereter. Médico Salud Pública Barcelona

La medida del consumo de alcohol y de su impacto es compleja, y probablemente, la mejor aproximación sea combinar el uso de medidas diversas, para obtener una perspectiva más completa. En España existen diversas fuentes de datos valiosas, pero hasta ahora no se realiza un análisis sistemático que proporcione periódicamente una visión integral y rigurosa del problema y sus tendencias. Por otra parte, apenas hay información sobre la oferta y utilización de tratamiento por dependencia / abuso de alcohol.

El problema del daño que hace el alcohol a la salud es inseparable de los esfuerzos de marketing de la industria alcoholera, que es el vector de este problema. Hay indicios claros de un marketing fino y agresivo dirigido especialmente a los adolescentes en los últimos años, y especialmente a las chicas. Utiliza mecanismos sutiles y menos visibles que la publicidad directa, como las redes sociales y el marketing viral. Habría que plantear algún tipo de regulación de la promoción del alcohol. Por otra parte, la desregulación de horarios comerciales contribuye al problema al hacer accesible alcohol de noche a precios muy inferiores que cuando es consumido en un

Frecuencia de inicios de tratamiento por alcohol (por 100.000 hab – año) en los centros de la red pública de atención a las drogodependencias, según sexo. Barcelona, 2003-2010.



Fuente: elaboración propia a partir de datos del SIDB, ASPB.



El problema del daño que hace el alcohol a la salud es inseparable de los esfuerzos de marketing de la industria alcoholera, que es el vector de este problema.

Mujer y alcohol

Symposium científico

Valencia
31 de Mayo y 1 de Junio de 2012



Mujer y alcohol: epidemiología, la situación en España

Joan Ramón Villalbí Hereter. Médico Salud Pública Barcelona

local. Para responder a este problema podría ser oportuno plantear algún tipo de licencia específica para la venta de alcohol.

Con respecto al consumo de alcohol en la población española, la proporción de personas abstemias, mayor entre mujeres, parece estable en los últimos años. La proporción de personas que beben cada día parece haber disminuido. Otros datos son más preocupantes, en especial los indicios de que la proporción de personas que refieren un patrón de consumo de riesgo derivado de intoxicaciones o *binge drinking* podría haberse incrementado en los últimos años, y que este incremento es especialmente importante entre los jóvenes, y con menos diferencias entre géneros que en el pasado. Hay datos que sugieren que el grueso de este cambio se produjo entre los años 1999 y 2004, pero parece seguir creciendo.

El alcohol causa daños a terceros, destacando su impacto en los nacimientos de bajo peso, los niños que viven en familias negativamente afectadas por el alcohol, y las lesiones y muertes por el tráfico entre personas distintas al conductor intoxicado. Pese a los progresos conseguidos en materia de seguridad vial, la embriaguez sigue siendo una importante causa de lesiones en España.

Las mujeres tienen menor frecuencia de consumo de abuso/ dependencia que los varones. Sin embargo, el riesgo de las que sufren dependencia es mayor que el de los varones, como muestran los datos de mortalidad en los estudios de seguimiento de cohortes de personas que inician tratamiento. La mayoría de mujeres que lo necesitan no pide tratamiento especializado, pero acude a los servicios de atención primaria. Se recomienda que las CCAA hagan esfuerzos sistemáticos por incrementar la detección y aborda-

je de los bebedores de riesgo en la atención primaria de salud (como el los programas desarrollados en Cataluña), y por garantizar la existencia de tratamiento especializado accesible para las personas con dependencia del alcohol.

Se recomienda que las CCAA hagan esfuerzos sistemáticos por incrementar la detección y abordaje de los bebedores de riesgo

Género y alcohol



Hay menos mujeres con consumo de riesgo.

Pero aquellas con consumo de riesgo:

- Sufren más problemas por el alcohol.
- Perciben mayor reproche social y ocultan más su problema.
- Acuden menos a buscar tratamiento especializado.
- Buscan ayuda en servicios no especializados, s/t en la APS.



(si inician tratº, consiguen buenos resultados).

La realidad desde los centros asistenciales

Sandra Muñoz Guillen. Psicóloga AHNAR. Valencia.

Hablar de epidemiología, es decir, hablar del qué, cómo, cuándo, cuánto y por qué, del alcoholismo femenino es difícil. El alcoholismo en la mujer merece una consideración aparte porque tiene aspectos sociales, culturales y biológicos que le son propios.

Podemos comprobar a través de los datos que publica el Plan Nacional sobre Drogas, que las tendencias y fenómenos emergentes en nuestro país, señalan la incorporación y el aumento del consumo de alcohol en dos colectivos: los jóvenes y las mujeres.

La mujer ha conseguido una igualdad con el hombre en cuanto a los hábitos de consumo de alcohol, sobre todo entre las mujeres menores de 30 años. Aunque estas jóvenes bebedoras de fin de semana a penas llegan a los servicios asistenciales porque todavía no presentan patologías con relación al alcohol.

La edad de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas se ha igualado prácticamente en los dos sexos, sin embargo el patrón de dependencia todavía sigue siendo mayor en los varones.

Hoy en día, con el fenómeno del botellón, si bien se ha igualado el consumo de drogas entre ambos géneros, no es tanto así en los procesos sociales de ese consumo, ni siquiera en las consecuencias derivadas del mismo (embarazos no deseados, abusos, etc.)

El alcoholismo degrada más viva y precozmente a la mujer, en su estatus y roles femeninos y maternos, que al hombre en esos mismos papeles.

Aunque si bien es cierto que con el paso de los años, cada vez más mujeres acuden a centros de tratamiento para abordar su adicción, el rechazo y la intolerancia social, la menor comprensión y apoyo familiar, el patrón de ingesta en casa y en solitario, la negación y ocultación del problema, son factores que hoy en día existen y pueden continuar impidiendo la demanda de ayuda.

El perfil dominante de alcoholismo femenino ha sido el de ama de casa, esposa y madre de familia. El aumento del consumo entre las mujeres en los últimos años, la incorporación de la mujer al mercado laboral y al mundo social, así como el cambio en el rol de la mujer en la sociedad, ha producido un cambio en la tipología de la mujer alcohólica.

En esa nueva tipología empieza a aparecer una mujer más joven, activa laboralmente, con un mayor nivel de estudios finalizados, soltera o separada y que convive con la familia de origen (este último dato seguramente motivado por el resto de cambios sociales).

El rol social de la mujer ya no es el mismo, y sus pautas de consumo y conductas se han adaptado a este cambio. La mujer llega a equipararse a modelos de consumo masculino, aunque se sigue manteniendo una cierta tendencia a la ocultación o negación del problema.



El aumento del consumo entre las mujeres en los últimos años ha producido un cambio en la tipología de la mujer alcohólica

Inauguración



Mujer y alcohol
Symposium científico

Valencia
31 de Mayo y 1 de Junio de 2012

ansiedad
negación
culpa
dependencia
silencio
duda
miedo
soledad

Diagnóstico específico y evaluación de los problemas del alcohol en las mujeres

Teresa Bobes Bascarán. Doctora en psicología. Psicóloga Clínica. Profesora Asociada Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. CIBERSAM.

El alcoholismo en la mujer presenta hechos diferenciales de género, como los distintos patrones de consumo, el inicio más tardío, factores etiológicos, distintas repercusiones y la resistencia a buscar ayuda.

Por ello es necesaria una evaluación diferenciada para la intervención en la mujer alcohólica. Sin embargo, las pruebas diagnósticas e instrumentos psicométricos están en su mayoría diseñados para población masculina.

Son áreas que precisan de una evaluación diferenciada de la mujer, aquellas que tienen que ver con el abuso, la dependencia y su gravedad; la comorbilidad psíquica y física; la evaluación psiconeurológica, la discapacidad, la percepción subjetiva de salud y la funcionalidad.

Algunas pruebas evaluadas y baremadas específicamente para mujeres son el WHO- CIDI-Venus y CIDI-Venus, que incluyen aspectos relacionados con comorbilidad, capacidades mentales, funcionamiento, fármacos y otros. TWEAK y T-ACE son cuestionarios de cribaje basados en el CAGE diseñados para mujeres gestantes. El ASI-6, incluye como hecho diferencial el estudio de los apoyos, el antecedente de abuso físico o sexual y aspectos relacionados con la guarda de los hijos.

Conclusiones.

Es necesario diseñar instrumentos de evaluación que contemplen las peculiaridades de género y que apoyen el rediseño de los procesos de tratamiento de las mujeres alcohólicas.



*Es necesario
diseñar
instrumentos de
evaluación que
contemplen las
peculiaridades de
género*





Complicaciones orgánicas, diferencias de género

Benjamín Climent. Médico internista. Hospital General de Valencia

El alcohol es el causante de la mayor parte de la carga de enfermedad atribuida a las drogas. No sólo afecta al alcohólico, sino a menudo a bebedores excesivos regulares no dependientes, sin embargo persiste una baja percepción social del riesgo.

Las diferencias de género en la patología causada por el alcohol se debe básicamente a diferencias farmacocinéticas en el volumen de distribución, la actividad alcohol deshidrogenasa y al consumo durante el embarazo.

En general, las consecuencias de la ingesta excesiva de alcohol progresan de manera más rápida y grave en las mujeres por la mayor vulnerabilidad al daño orgánico debida a las diferencias farmacocinéticas así como el adelanto de la edad de inicio del consumo y el patrón de ingestas en atracón.

Las consecuencias de la ingesta excesiva de alcohol progresan de manera más rápida y grave en las mujeres

**Mujer
y alcohol**
Symposium científico

Valencia
31 de Mayo y 1 de Junio
de 2012



Alcohol y embarazo

Consuelo Guerri. Investigadora en el centro de investigación Príncipe Felipe. València

Evidencias clínicas y experimentales demuestran que el alcohol puede causar mayores daños en la mujer que en el hombre. Sin embargo una de las consecuencias más graves de dicho consumo es cuando se realiza durante el embarazo, por el alto riesgo de aparición de daños físicos y mentales en su descendencia.

El alcohol atraviesa libremente la barrera placentaria y hoy sabemos que el abuso, incluso el consumo moderado, por la madre puede afectar negativamente el desarrollo fetal, aumentando el riesgo de abortos y mortinatos y causando alteraciones importantes tanto físicas como mentales en el niño. Las alteraciones no se limitan a malformaciones manifiestas, sino que incluyen casi constantemente retrasos de crecimiento y cognitivos y trastornos de la conducta. Dentro de estas alteraciones el síndrome alcohólico fetal (SAF) es el cuadro más grave, y reúne un patrón bien recortado de defectos físicos, mentales y de conducta en los hijos de madres que han consumido altas cantidades de alcohol durante el embarazo. Las alteraciones producidas por el alcohol en el hijo son irreversibles y en general no tienen un tratamiento efectivo. La única forma de evitarlas es prevenirlas. No se conoce ningún periodo del embarazo en que se pueda beber sin riesgo para el desarrollo del niño, siendo especialmente peligroso durante las tres primeras semanas de gestación (cuando la madre no sabe que está embarazada) en las manifestaciones craneofaciales del SAF.

Respecto a qué dosis de alcohol “libre de riesgos”, algunos estudios demuestran que consumos de una a dos copas/día, equivalentes a 12-24 gr. Etanol/día, se asocian generalmente a alteraciones del comportamiento en el hijo relativamente sutiles (falta de atención, hiperactividad, deficiencias en la resolución de problemas aritméticos, bajo rendimiento escolar, etc.) que se manifiestan en la infancia o en la edad escolar. Incluso, la ingesta de tan solo una copa a la semana se ha sugerido que puede causar déficits en el niño o en el adolescente. En base a estos estudios no se puede asegurar una dosis umbral “libre de riesgos” y por tanto no existe una ingesta de alcohol durante el embarazo.

Finalmente, durante los últimos años ha aumentado el porcentaje de chicas jóvenes en edad de procrear, con consumos de alcohol de alto riesgo. Por tanto, la difusión de este tema entre las jóvenes es importante para poder prevenir embarazos no deseados y la aparición de niños con malformaciones físicas y/o intelectuales.



*Las alteraciones
producidas por el
alcohol en el hijo
son irreversibles y
en general no
tienen un
tratamiento
efectivo*



Abuso de alcohol y violencia de género

Gemma Altell. Dirección área familia, género y adicciones. Fundación Salud y comunidad. Tutora Máster Violencia Familiar. IL3-Universitat de Barcelona.

Son numerosas las publicaciones que han puesto de manifiesto la vinculación existente entre el consumo de drogas, especialmente el alcohol, y la violencia de pareja, aunque ésta no puede considerarse una relación causa-efecto.

El proyecto MALVA se enmarca en una de las iniciativas de FSC, y se dedica de forma específica a la prevención de la violencia de pareja asociada al abuso de alcohol y otras drogas. Para explicar esta situación de violencia existen unos factores que han de tomarse en consideración en todo su conjunto:

Factores culturales: creencias y actitudes tolerantes con ciertas formas de violencia, actitudes positivas hacia los estereotipos, roles tradicionales...

Factores individuales: los factores culturales tienen un calado en nosotros como persona individual, generando por consiguiente unas expectativas conductuales hacia uno mismo, hacia la pareja y hacia la relación dependiendo de los rasgos de personalidad de cada individuo.

Elementos que generan agresividad en personas normales: deseos frustrados, estresantes, contextos que generan irritabilidad.

Sistema de inhibición y control de la agresividad

Papel del alcohol: el alcohol puede agravar trastornos mentales previos.

Mecanismos de re-troalimentación

Ante esta problemática nos encontramos con unos factores que agravan el problema: falta de especialización de los profesionales de los distintos recursos, falta de atención específica a las necesidades, resistencia en la acogida de mujeres

El proyecto MALVA se enmarca en una de las iniciativas de FSC, y se dedica de forma específica a la prevención de la violencia de pareja asociada al abuso de alcohol

1. ALGUNOS DATOS

- El 73% de los agresores habían bebido alcohol antes de la agresión, teniendo el 48% de ellos un consumo dependiente.*
- Las mujeres víctimas de violencia de pareja, son quince veces más proclives a abusar del alcohol.**

* (Gilchrist, y cols., 2003, citado en Galvan, 2006).
** Shiwaw (2004)



Abuso de alcohol y violencia de género

Gemma Altell. Dirección área familia, género y adicciones. Fundación Salud y comunidad. Tutora Máster Violencia Familiar. IL3-Universitat de Barcelona.

alcohólicas en recursos residenciales de la red de violencia, psicofármacos como prescripción médica que pueden cronificar la situación de violencia añadiendo un abuso dependencia a sustancias...

Las recomendaciones para paliar esta situación son:

Participación de los servicios de drogodependencias en los circuitos territoriales de violencia.

Introducir, de forma sistémica, herramientas de detección precoz de abuso/dependencia de alcohol u otras drogas.

Formación específica para profesionales de ambas redes.

Establecer protocolos de coordinación y derivación entre recursos de ambas redes (drogodependencias y violencia de género) y servicios generalistas como apoyo a un tratamiento integral.

Desarrollo de investigaciones que contribuyan a visibilizar y explicar el fenómeno.

Trabajar con mujeres la toma de conciencia y la motivación al cambio respecto a la problemática detectada pero no identificada por la mujer.

Creación de servicios residenciales específicos para mujeres que sufren violencia y sufren adicción al alcohol u otras sustancias.

Tratar ambas problemáticas simultáneamente.

Integración en ambas redes de atención de actividades en las que se trabaje la violencia contra las mujeres (alcohólicas) desde la perspectiva de género.

Todas las intervenciones profesionales deberían introducir la perspectiva de género de forma transversal e intencionada.

Trabajo con agresores y agresores alcohólicos.



Se ha de establecer protocolos de coordinación y derivación entre recursos de ambas redes (drogodependencias y violencia de género)

6. RECOMENDACIONES GENERALES

- Especialización profesional en los recursos.
- Mejorar la atención específica a las necesidades de las mujeres que sufren violencia.
- Ampliar criterios de acogida en recursos residenciales de la red de violencia.
- Abordar la dificultad de las mujeres que tienen menores bajo su responsabilidad, sufren violencia y tienen una adicción al alcohol.
- Evitar los tratamientos segmentados.
- Mejorar las derivaciones y coordinaciones.
- Mayor cautela en la prescripción de psicofármacos.





La mujer alcohólica, víctima de su propia dependencia

Josefa Gómez. Trabajadora Social y Profesora de Universidad. Doctora en Sociología, Máster en Derechos Humanos, Democracia y Justicia Internacional.

La mujer es víctima de su dependencia en plural, pasan su vida dependiendo de alguien: sus padres, sus amigos, su marido... y finalmente sus hijos. Y en ocasiones dependiendo también de algo, que en el caso del alcohol, sería transversal a las otras dependencias. Me atrevería a decir que incluso me aliviaría de ellas, del mismo modo que les alivia de las consecuencias que les acarrea su condición de mujer. Esa condición de mujer ha ido configurando un perfil de mujer alcohólica o bebedora excesiva, diferente, según el estar de las mujeres en el contexto social de cada momento.

Primer momento; los primeros intentos de tratamiento.

“El alcoholismo es una enfermedad, no un vicio. Acude a los centros de deshabitación.”. Era un eslogan hacia el final de los años 60.

Los primeros tratamientos, basados en técnicas conductistas, resultaban sumamente agresivos. Sin embargo, los pacientes los experimentaban y aceptaban, era el conformismo de quien cree que, al padecer el castigo, va ha quedar liberado de la culpa por haberse desviado y así ser aceptado de nuevo en la sociedad. Pero con las mujeres esta posibilidad de alivio no era posible pues suponía tal grado de vergüenza social que ni siquiera eran susceptibles de un intento de tratamiento.

Segundo momento. El cambio de modelo social femenino y su relación con el alcohol.

Las mujeres se han incorporado a la esfera pública y a la vez se ha incorporado un nuevo perfil de mujer alcohólica: joven, trabajadoras, medio urbano...

Esta evolución evidencia un curioso fenómeno y es que el control social que tradicionalmente se ejercía sobre las mujeres significaba al mismo tiempo un factor de protección importante frente a los riesgos del consumo de alcohol.

Tercer momento. Hoy: la aceptación social del consumo del alcohol.

El consumo de alcohol en lugares públicos no es un fenómeno reciente, lo que distingue el botellón de otras prácticas es que es capaz de aglutinar a un gran número de jóvenes en un lugar establecido por ellos mismos, para consumir alcohol a un precio asequible.

Las mujeres se han incorporado a la esfera pública y a la vez se ha incorporado un nuevo perfil de mujer alcohólica: joven, trabajadoras, medio urbano...



La mujer alcohólica, víctima de su propia dependencia

Josefa Gómez. Trabajadora Social y Profesora de Universidad. Doctora en Sociología, Máster en Derechos Humanos, Democracia y Justicia Internacional.

Las jóvenes de hoy reconocen que el uso del alcohol es peligroso, pero al mismo tiempo minimizan los riesgos. Ante este problema hacen falta medidas para fomentar el derecho a la salud: educación, información, prevención.

Cuarto momento. El futuro. Mujeres y alcohol: mucho por trabajar.

Después de casi cuatro décadas de avances sociales nos encontramos con la misma situación: la hipocresía social que oculta los problemas de las mujeres relacionados con el consumo de alcohol deviene en una negación del tratamiento.

Por lo que para avanzar es imprescindible profundizar en el estudio del consumo de alcohol entre las mujeres, puesto que sabemos que el proceso y las consecuencias que se derivan del consumo del alcohol entre hombres y mujeres es diferente.

Y necesitamos un marco teórico que desafíe las prácticas tradicionales de investigación y tratamiento, que sea sensible a las diferencias y a la desigualdad de género en el uso de las bebidas alcohólicas.



Necesitamos un marco teórico que desafíe las prácticas tradicionales de investigación y tratamiento, que sea sensible a las diferencias





La familia alcohólica: dependencias afectivas

Azucena Martí. Psicóloga de la UCA de la Vall d'Uxò. Terapeuta Gestalt. Docente en Terapia Gestalt y en adicciones.

El problema de la adicción al alcohol o drogas hace aparecer el problema de la codependencia, es decir, los afectados indirectamente por la enfermedad.

El codependiente es aquella persona cuya vida gira alrededor de un adicto de forma enfermiza. Si bien el alcohólico es adicto a una sustancia, el codependiente es adicto a vivir a través del alcohólico, es decir, depende de las emociones y del control del otro.

Tanto el codependiente como el adicto comparten las mismas características de negación, obsesión, compulsión y pérdida de control.

Son características comunes en familias con algún miembro alcohólico la sobreprotección, fusión o unión excesiva entre ellos, la incapacidad para resolver conflictos, la falta de intimidad...

En este sobrevivir, los miembros de la familia se defienden de su realidad negándola, lo que hace que el sufrimiento sea crónico, la familia se ha inmunizado desarrollando una tolerancia y adaptación al sufrimiento. La tristeza, la desilusión, la amargura, la soledad, el rencor, la nostalgia están presentes en cada uno de ellos.

El proceso terapéutico para superar una codependencia es largo y duro pero al mismo tiempo sencillo, se basa en la premisa "cada persona es responsable de si misma" y esto implica una nueva conducta "cuidar de uno mismo". Pero si partimos de que la persona lleva años negándose a si misma y que su vida solo ha tenido sentido por los demás, volver esa mirada hacia dentro no es nada fácil, es un proceso que nadie les ha enseñado a vivir y que no han aprendido.

El trabajo del terapeuta consiste en conseguir que se pierda el miedo a verse, a reconocerse, a cuidarse, a quererse y respetarse, y entender además que esta es la única manera de querer, respetar y cuidar a los demás. De esta forma se logrará finalmente ser autor de su propia vida y no de la que le enseñaron a vivir.

El trabajo del terapeuta consiste en conseguir que se pierda el miedo a verse, a reconocerse, a cuidarse, a quererse y respetarse

**Mujer
y alcohol**
Symposium científico

Valencia
31 de Mayo y 1 de Junio
de 2012



Estrategia de la OMS

Manuel Ribeiro Cardoso. Miembro del Consejo Directivo del Instituto de Droga y Drogodependencia. Portugal.



Opciones de política e intervenciones	
ESTRATEGIA MUNDIAL PARA REDUCIR EL USO NOCIVO DEL ALCOHOL	<p>Las opciones de política y las intervenciones aplicables a nivel nacional se han agrupado en 10 esferas de acción recomendadas, que se apoyan y complementan entre sí, a saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) liderazgo, concienciación y compromiso b) respuesta de los servicios de salud c) acción comunitaria d) políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol e) disponibilidad de alcohol f) marketing de las bebidas alcohólicas g) políticas de precios h) mitigación de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la intoxicación etílica i) reducción del impacto en la salud pública del alcohol ilícito y el alcohol de producción informal j) seguimiento y vigilancia.

Fines y objetivos	
ESTRATEGIA MUNDIAL PARA REDUCIR EL USO NOCIVO DEL ALCOHOL	<p>objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) aumentar la concienciación mundial respecto de la magnitud y la naturaleza de los problemas sanitarios, sociales y económicos causados por el uso nocivo del alcohol, y reforzar el compromiso de los gobiernos para adoptar medidas que contrarresten el uso nocivo del alcohol; b) consolidar el acervo de conocimientos sobre la magnitud y los determinantes de los daños relacionados con el alcohol y sobre las intervenciones que reducen y previenen eficazmente esos daños; c) incrementar el apoyo técnico prestado a los Estados Miembros y reforzar su capacidad para prevenir el uso nocivo del alcohol y gestionar los trastornos por consumo de alcohol y los problemas de salud asociados; d) fortalecer las alianzas e intensificar la coordinación entre los interesados, y aumentar la movilización de los recursos necesarios para adoptar medidas adecuadas y concertadas de prevención del uso nocivo del alcohol; e) mejorar los sistemas de seguimiento y vigilancia a distintos niveles, y la difusión y aplicación más eficaz de la información para fines de promoción, desarrollo de políticas y evaluación.

Principios rectores	
ESTRATEGIA MUNDIAL PARA REDUCIR EL USO NOCIVO DEL ALCOHOL	<p>La protección de la salud de la población mediante la prevención y la reducción del uso nocivo del alcohol constituye una prioridad de salud pública.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Las políticas públicas deben guiarse por los intereses de salud pública; > Las políticas deben ser equitativas y tener presentes los contextos nacionales, religiosos y culturales; > Todas las partes interesadas tienen la responsabilidad de actuar de manera que no se socave la aplicación de las políticas públicas; > Hay que otorgar la debida deferencia a la salud pública en caso de conflicto de intereses; > La protección de las poblaciones expuestas a un gran riesgo de sufrir daños atribuibles al alcohol y de las expuestas a los efectos del consumo nocivo de terceros debe ser parte integrante de las políticas destinadas a hacer frente al uso nocivo del alcohol. > Las personas y las familias deben tener acceso a servicios asequibles y eficaces de prevención y atención. > Los que optan por no consumir tienen derecho a que se respete su decisión; > Las políticas e intervenciones públicas deberían abarcar todas las bebidas alcohólicas y el alcohol de sustitución (líquidos que por lo general contienen etanol y no se han concebido como bebidas)

Incrementar el apoyo técnico prestado a los Estados Miembros y reforzar su capacidad para prevenir el uso nocivo del alcohol



Estrategia de la OMS

Manuel Ribeiro Cardoso. Miembro del Consejo Directivo del Instituto de Droga y Drogodependencia. Portugal.

Encuadramiento

Estrategia de la OMS

El camino para una estrategia:

- 1979 – elaboración de un programa de la OMS para los problemas relacionados con alcohol;
- 1983 – consumo de alcohol y problemas relacionados;
- 1989 – prevención y control de drogas y alcoholismo;
- 2005 (58ª WHA) - Problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol
- 2008 (61.ª WHA) – Estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol;
- 2010 (63.ª WHA) – ESTRATEGIA MUNDIAL PARA REDUCIR EL USO NOCIVO DEL ALCOHOL

Mujer y alcohol Valencia 2012 MC

Encuadramiento

Estrategia de la OMS

Datos:

- El uso nocivo del alcohol ocupa el tercer lugar entre los factores de riesgo de muerte prematura y discapacidad en el mundo;
- Se calcula que en 2004 murieron 2,5 millones de personas en todo el mundo, por causas relacionadas con el alcohol
- Entre ellas 320 000 jóvenes entre los 15 e los 29 años

Mujer y alcohol Valencia 2012 MC 3

Las personas y las familias deben tener acceso a servicios asequibles y eficaces de prevención y atención

EVIDENCIA DE LA EFICACIA Y COSTOEFICACIA DE LAS INTERVENCIONES

ESTRATEGIA MUNDIAL PARA REDUCIR EL USO NOCIVO DEL ALCOHOL

- o La educación y la información, incluida la noción de que la población debe saber y comprender qué significa el uso nocivo del alcohol y los riesgos conexos para la salud;
- o Identificación temprana y el asesoramiento breve de quienes hacen un uso del alcohol peligroso y nocivo y el tratamiento de la dependencia del alcohol y los problemas conexos;
- o La promoción en los medios de comunicación;
- o Un límite suficientemente bajo de la concentración de alcohol en sangre es eficaz para reducir el número de víctimas a causa de la conducción bajo los efectos del alcohol;
- o Es importante que exista un marco jurídico para reducir la disponibilidad física de alcohol, que incluya restricciones tanto de la venta como del servicio de alcohol;
- o El impacto que diversas formas de marketing del alcohol tienen en la iniciación de los jóvenes a la bebida;
- o Cuanto más asequible es el alcohol, más se consume y mayor es la magnitud de los daños;

Mujer y alcohol Valencia 2012 MC

Conclusiones

- ❖ El uso nocivo de alcohol es un gran problema de salud pública
- ❖ Vivimos un momento especial (estrategia global de OMS, plan europeo de OMS, estrategia de EU)
- ❖ Existe una gran convergencia de todos: Estados, organizaciones no gubernamentales, operadores económicos
- ❖ Es posible reducir la morbilidad y la mortalidad atribuibles al uso nocivo del alcohol y de sus consecuencias sociales

Vamos a conseguirlo

Y si.....

Vas a conducir No bebas
 Estas embarazada No bebas
 Tienes menos de 18 años No bebas

Mujer y alcohol Valencia 2012 MC 27



Alcohol and women: EUROCARE actions for effective policies at the European and National level

Tiziana Codenotti. Presidenta EUROCARE. Italia.

EUROCARE (The European Alcohol Policy Alliance) is an alliance of 48 public health organisations from 21 European countries dedicated to the prevention and reduction of alcohol related harm.

Eurocare was formed in 1990 by 9 organisations concerned with the impact of the European Union on Alcohol Policy in Member States. It now has 48 member organisations across 21 countries in Europe, most of which are national or supranational umbrella organisations.

Member organisations are involved in advocacy and research, as well as in the provision of information and training on alcohol issues, and the provision of services for people whose lives are affected by alcohol related problems.

Eurocare's overall goal is to:

- Raise awareness among European, national and regional decision makers of the harms caused by alcohol (social, health and economic burden) ensuring that these are taken into consideration in all relevant EU policy discussions

Promote the development and implementation of evidence-based policies aimed at effectively preventing and reducing this burden

In all known societies where alcohol is consumed, men are more likely than women to drink at all and to drink more when they do. Because of this, men have been much more likely than women to experience alcohol problems. However, in recent decades, the gap between men and women has narrowed in relation to both consumption and problems and there is an expectation that women's drinking will move closer to that of men's in future.

The increase in female drinking has been particularly evident in young adults and adolescents, which will probably develop serious problems in later life.

Many adverse effects of alcohol on health are common to men and women. However, in some cases, women may be at greater risk, for instance for liver diseases which appear after a comparatively shorter period of heavy drinking at a lower level of daily drinking than men. There are also some problems specific to women, like breast cancer, fertility problems, increase of probability of miscarriage, alcohol use during pregnancy and breastfeed-



Promote the development and implementation of evidence-based policies aimed at effectively preventing and reducing this burden





Alcohol and women: EUROCARE actions for effective policies at the European and National level

Tiziana Codenotti - Presidenta EUROCARE. Italia

ing (which potentially can lead to Foetal Alcohol Syndrome - FAS or Foetal Alcohol Spectrum Disorders - FASD). Women also suffer the consequences of alcohol use as a contributing cause of domestic and sexual violence.

Women have become an important target group for the alcohol industry. Market research agencies have already noted that “the growing independence of women, as well as the trend towards starting a family later in life, makes women a key demographic for alcoholic drinks” (Euromonitor and Justdrinks. com 2005:17). Alcohol marketing strategies, considered as the complex system of the so-called four Ps Product-Price-Place-Promotion, have been developed with specific elements that are attractive for women. From a cultural point of view, the issue of alcohol and women includes the huge presence of women as the main characters of alcohol advertising, thus delivering the message of the association between alcohol consumption and sexual success. Sometimes elements like humour and irony are used as tools to legitimate strong sexual images, in the attempt to water down the link between alcohol and sex. In some cases, alcohol marketing strategies de the respect of the individual dignity by using a demeaning image of women

EUROCARE initiatives and recommendations for effective policies on this issue will be presented. These include consumer’s information, labelling of alcoholic beverages, general population campaign on alcohol effects on women’s health and alcohol marketing more restricted regulations.

EUROCARE initiatives and recommendations for effective policies on this issue will be presented





Proyectos de Drogodependencias en la Comunidad Valenciana, en relación con el consumo de alcohol en las mujeres

Leonor Cano. *Dirección General de Ordenación y Asistencia Sanitaria*

Programa de sensibilización y detección precoz de los trastornos del espectro alcohólico fetal

Francisco Alcantud Marín. Catedrático de Psicología Evolutiva y de la Educación. Director del “Centre Universitari de Diagnòstic i Atenció Primària”. Coordinador de la U.I. Acceso.



En los jóvenes se constata la extensión de ciertos patrones de consumo intensivo



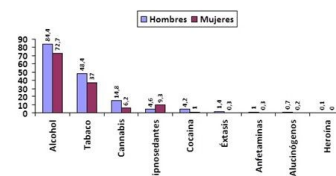
El problema

- El consumo de alcohol en mujeres tiene efectos negativos:
 - mayores alcoholemias que los varones a igual cantidad de alcohol ingerida,
 - mayor tendencia al daño hepático,
 - posible relación causal con neoplasias de mama y trastornos reproductivos



El problema

Las encuestas sobre el consumo y opinión desarrolladas por la Generalitat Valenciana y la Fundación de Ayuda para la Drogadicción (FAD y EDIS) y las de nivel nacional y europeo (EDADES, ESTUDES) indican que el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en nuestro país.



Mujer y alcohol

Symposium científico

Valencia
31 de Mayo y 1 de Junio de 2012

ansiedad
negación
culpa
dependencia
silencio
miedo
soledad
duda

Comorbilidad psiquiátrica: mujer alcohol y alteraciones mentales

Dr. Antonio Terán Prieto. Psiquiatra. CAD “San Juan de Dios”. Palencia.



PATOLOGÍA DUAL EN LA MUJER

Mayor gravedad de la adicción (ASI)
 Mayor presencia de trastornos psiquiátricos asociados

- Ansiedad
- Depresión
- Trastorno por Estrés Postraumático (30-60%)
 - Historia de malos tratos físicos y abusos sexuales
- Trastorno Límite de la Personalidad
- Trastorno de la alimentación

• Suelen ser previos al consumo de drogas (primarios)

- Mayor ideación y tentativas suicidas
- Presencia de codependencia o dependencia afectiva

Najants, Weiss y Shaw, 1997 ; Kilpatrick et al., 1998 ; López y Becoña, 2006

IREFREA : Grupo Europeo de Estudios en Toxicomanías e identidad de Género 02

Tratamiento Pat. Dual Consideraciones

La comorbilidad en adicción al alcohol no es excepcional sino habitual.

- Cada trastorno debe ser diagnosticado y valorado a la vez que diseñado un tratamiento específico para cada uno (integrado)
- El diagnóstico de ambos trastornos debe ser precoz al objeto de evitar retrasos que repercutan negativamente en el tratamiento
- Los pacientes presentan diferentes niveles de motivación y diferentes tipologías de Pat. Dual
- Tratamientos de largo recorrido y en los que prima el vínculo terapéutico y la adherencia al tratamiento
- Estrecha coordinación en las intervenciones (profesionales, centros)
- Adecuar las intervenciones a las peculiaridades de la psicopatología del Eje II
- Tratamiento cognitivo-conductual es eficaz a corto plazo
- Las intervenciones motivacionales facilitan la reducción del consumo y la mejora de los síntomas del tras. comórbido en poblaciones con carencias extremas

COMORBILIDAD

- **Tras. de Ansiedad :**
 - Tras. Fóbicos
 - Tras. de Ansiedad Generalizada
 - Tras. Obsesivo Compulsivo
 - TEPT
 - Otros
- **Tras Afectivos :**
 - Tras. Depresivo Mayor
 - Distimia Depresiva
 - Tras. Bipolar
 - Otros
- **Tras de Personalidad :**
 - Tras. Límite de la Personalidad
 - Tras. Disocial de la Personalidad
 - Tras. Evitativo-ansioso
 - Otros
- **Tras. Control de los impulsos (Ludopatía)**
- **Tras. Psicóticos**
- **Sindr. Demencial**
 - Wernicke-Korsakoff
- **Adicciones :**
 - Químicas (tabaco, alcohol, THC, cocaína , etc)
 - No Químicas (Internet, videojuegos, etc)
- **Otros**

Esquizofrenia y Tras. Uso de sustancias (muestra clínica)

SUSTANCIAS CONSUMIDAS ANTES DEL PRIMER INGRESO POR PACIENTES ESQUIZOFRENICOS	
DROGA	%
Alcohol	61%
Cannabis	46%
Cocaína	22%
MDMA	19%

San et al 2003

La comorbilidad en adicción al alcohol no es excepcional sino habitual

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

- Estabilidad clínica del T. psiquiátrico comórbido
- Disminución/abstinencia del consumo de drogas (Reducción de daños)
- Control de la alteración conductual (agresividad, violencia, etc)
- Remisión del cuadro psiquiátrico
- Inicio de Psicoterapia/Psicoeducación
- Facilitar la cumplimentación del tratamiento farmacológico
- Posibilitar la adherencia al tratamiento

Recuperar la funcionalidad de la persona



Tratamiento farmacológico del Alcoholismo

Dr. Josep Guardia Serecigni. Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau Universidad Autónoma de Barcelona

El alcoholismo se manifiesta a través de una conducta adictiva de beber en exceso, que es consecuencia de la dificultad para controlar el consumo de alcohol. Tanto la conducta adictiva como la “dificultad para controlar” pueden ser manifestaciones clínicas de una disfunción de los circuitos cerebrales que gobiernan la capacidad de control sobre el consumo de alcohol, causada por la neuroadaptación al alcohol.

El abuso continuado de alcohol puede producir cambios adaptativos en la neurotransmisión, que desestabilizan el funcionamiento del sistema nervioso y lo convierten en un cerebro hiperexcitado, que “necesita” alcohol para poder funcionar con normalidad. El cerebro neuroadaptado al alcohol responde ante la retirada del consumo habitual con síntomas de abstinencia y deseo imperioso de beber (craving), que se convierten en un importante obstáculo para la recuperación, ya que llevan de nuevo al consumo de alcohol. La persona que ha desarrollado una adicción al alcohol “necesita” beber para renormalizar (transitoriamente) la disfunción cerebral (causada por el propio alcohol crónico). Por este motivo, el tratamiento de desintoxicación puede ser decisivo para que pueda iniciar su proceso de recuperación del alcoholismo.

La mayoría de personas que presentan alcoholismo no van a sufrir graves

síntomas de abstinencia, tras la retirada del alcohol, pero es probable que cuando prueben de beber presenten dificultades para controlar su consumo, acaben bebiendo en exceso y vuelvan a presentar las consecuencias negativas del consumo excesivo de alcohol.

Inconvenientes de las BZD

1. Las **SOBREDOSIS** de alcohol y benzodiazepinas pueden llevar al paciente a la muerte por la sinergia de sus efectos depresores sobre el sistema cardio-respiratorio.
2. Cuando una persona toma BZD a dosis elevadas, durante varias semanas, puede desarrollar **DEPENDENCIA** de BZD.
3. El **síndrome de ABSTINENCIA** del alcohol, asociado al de las BZD, es **de mayor gravedad** que cada uno de ellos por separado, puede cursar con síntomas vegetativos más intensos, mayor probabilidad de **crisis convulsivas** y también estados confusionales (delirium) o bien paranoides (quejas, reclamaciones, agresión al personal sanitario).
4. Las BZD no tan sólo no reducen el craving de alcohol, sino que pueden incluso aumentarlo, ya que tienen **efectos reforzadores** que pueden contribuir a disparar el consumo de alcohol, por **dependencia cruzada**.
5. Por este motivo **aumentan el riesgo de RECAÍDA** en los pacientes en recuperación del alcoholismo.



Actualmente disponemos de medicamentos eficaces para el tratamiento de la abstinencia, la dificultad para controlar (el consumo de alcohol) y los síntomas y los trastornos psiquiátricos





Tratamiento farmacológico del Alcoholismo

Dr. Josep Guardia Serecigni. Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau Universidad Autónoma de Barcelona

Actualmente disponemos de medicamentos eficaces para el tratamiento de (1) la abstinencia, (2) la dificultad para controlar (el consumo de alcohol) y (3) los síntomas y los trastornos psiquiátricos, asociados al alcoholismo.

Las benzodiazepinas (BZD) pueden ser de utilidad para el tratamiento de la abstinencia aguda, cuando el paciente se encuentra hospitalizado y cuando tenemos la garantía de que no podrá beber alcohol. Sin embargo, presentan un elevado riesgo de sobredosis (cuando se toman asociadas al consumo de alcohol) y también de dependencia, cuando el paciente las toma durante muchos días y a dosis elevadas. Además, la abstinencia del alcohol, en las personas que han desarrollado una dependencia de BZD, va a ser mucho más grave y la recuperación de su alcoholismo más difícil.

Por este motivo, si persisten los síntomas de ansiedad, craving y/o insomnio, una vez superado el tratamiento de la abstinencia aguda, es preferible no prescribir BZD (a los pacientes alcohólicos). Como medicación alternativa, los fármacos anticomiciales de perfil sedativo (como pregabalina), que reducen la liberación de aminoácidos excitadores (noradrenalina y glutamato), favorecen la renormalización progresiva del estado de hiperexcitación del sistema nervioso, que suele persistir más allá de la desintoxicación. Además son eficaces para el tratamiento de la ansiedad y el insomnio y no tienen los graves inconvenientes que presentan las benzodiazepinas para estos pacientes.

El objetivo más habitual de las personas que padecen alcoholismo es la reducción de su consumo de alcohol, más que la abstinencia completa y continuada. Incluso muchos pacientes que se proponen dejar de beber, en realidad tienen la expectativa que, más adelante, podrán hacer algún consumo ocasional o en días señalados. El problema es que cuando reinician su consumo de alcohol tienen muchas probabilidades de descontrolarse con la bebida y de que reaparezcan las consecuencias negativas de su consumo excesivo de alcohol. Estos incidentes pueden desmoralizar gravemente al

paciente que ya había progresado bastante en su recuperación y suelen empeorar las relaciones con su familia, que puede rechazarles abiertamente al reaparecer su consumo excesivo de alcohol.

Los pacientes alcohólicos graves, los que presentan grave abstinencia del alcohol y los que tienen una grave comorbilidad (médica, psiquiátrica o adicti-

Los pacientes alcohólicos de baja gravedad, que se proponen una reducción sustancial de su consumo pueden conseguir una remisión tan importante como la que experimenta una persona que deja de beber por completo

Disponemos de medicamentos eficaces para Tratamiento de los Síntomas de la Adicción

1. La **ABSTINENCIA**:
 - Desequilibrio entre los Sistemas Excitatorios (Glutamato y Noradrenalina) e Inhibitorios (GABA):
 - Benzodiazepinas (BZD) ⇨ TGABA
 - Antiepilépticos ⇨ TGABA + lGlutamato + lNoradrenalina.
2. La **DIFICULTAD para CONTROLAR y el CRAVING**:
 - Desequilibrio entre Opioides-Glutamato-GABA-Dopamina:
 - Naltrexona ⇨ Bloqueo de los receptores opioides.
 - Antiepilépticos ⇨ TGABA + lGlutamato.
3. Los Otros **Síntomas Psiquiátricos** que persisten tras la abstinencia aguda:
 - ISRM ⇨ Depresión
 - Antiepilépticos ⇨ Trastornos de Ansiedad y del Sueño



Tratamiento farmacológico del Alcoholismo

Dr. Josep Guardia Serecigni. Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau Universidad Autónoma de Barcelona

va), se benefician más de un programa de tratamiento orientado hacia la abstinencia continuada de alcohol, con la ayuda de fármacos específicos como disulfiram o naltrexona, asociados a la correspondiente intervención psico-social y a los psicofármacos necesarios para el tratamiento de otras patologías asociadas (psiquiátricas o adictivas).

Sin embargo, los pacientes alcohólicos de baja gravedad, que se proponen una reducción sustancial de su consumo de alcohol (en cantidad y frecuencia) si toman naltrexona y consiguen evitar los consumos de alto riesgo de alcohol, pueden conseguir una remisión tan importante como la que experimenta una persona que deja de beber por completo. Las consecuencias negativas del consumo se producen cuando se superan los límites del consumo de bajo riesgo. Por tanto, si naltrexona contribuye a que los consumos sean siempre de bajo riesgo, se consigue también la remisión clínica del alcoholismo.

En la comparación entre géneros, las mujeres suelen presentar más trastornos de ansiedad y afectivos, pueden buscar más el efecto reforzador negativo del alcohol, pueden tener más recaídas en relación a estados de ánimo negativos o de estrés y, por tanto, pueden obtener un mayor beneficio de los fármacos anticomiciales sedativos o de los que modulan el estado de ánimo.

Siempre resulta arriesgado tomar medicamentos cuando las mujeres se encuentran en edad fértil, a menos que tengan la certeza de no estar embarazadas. Por este motivo, conviene que adopten medidas eficaces de prevención del embarazo, cuando tengan que tomar una determinada medicación.

Es preferible no iniciar un tratamiento farmacológico en una mujer que se encuentre embarazada. Sin embargo, si la mujer ya tomaba un medicamento antes de quedar embarazada y dicho medicamento ha jugado un papel decisivo en la prevención de sus recaídas, nos encontramos ante un

dilema que ha sido objeto de una prolongada controversia. Dado que el consumo de alcohol de la madre, durante el embarazo, también puede perjudicar gravemente al embrión y al feto, si un determinado medicamento consigue evitar que la paciente tome bebidas alcohólicas durante el embarazo, la decisión podría ser la de seguir tomando la medicación, en algunos casos.

Los nuevos enfoques de tratamiento

- Los metanálisis de tratamiento con naltrexona han confirmado su efecto de **REDUCCIÓN del CONSUMO de ALCOHOL**.
- Por tanto, se podría emplear también con un criterio de:
 - "Normalización" del consumo (de alcohol), en pacientes con alcoholismo de baja gravedad.
 - Reducción de Daños, en pacientes graves, que NO PUEDEN mantener la abstinencia continuada de bebidas alcohólicas.
- En la última década aparecen **nuevos enfoques de tratamiento con antagonistas de los receptores opioides: naltrexona y nalmeveno** (Heinala y cols., 2001; Hernández-Avila y cols., 2006; Kranzler y cols., 2009)
 - Con un objetivo de reducción del consumo de alcohol y
 - Tomando el medicamento sólo "si precisa". (Karhuvaara y cols., 2007; Arias y cols., 2008)



Las mujeres pueden tener más recaídas en relación a estados de ánimo negativos o de estrés y, por tanto, pueden obtener un mayor beneficio de los fármacos anticomiciales sedativos



Tratamiento psicológico de la mujer alcohólica

Silvia Sttreti. Psicóloga asesora de FACOMA. Madrid.

Resumen:

Se plantea la posible relación entre una entidad nosológica, el alcoholismo, y un concepto de orden social, el de género femenino.

Se propone que el lugar otorgado a una persona por el resto del conjunto social y la forma en que ésta asume o no esa identidad, producen efectos psíquicos diferenciados.

Aparte de los conceptos de apego y déficit, se contemplan las nociones de crisis y conflicto como predisponentes hacia el consumo patológico de alcohol en las mujeres.

Se expone, asimismo, un breve comentario acerca del desarrollo histórico de la subjetividad femenina.

Se señala el conflicto surgido del choque entre las expectativas y valores asignados tradicionalmente al rol de la mujer y el intento por construir un nuevo modelo de subjetivación femenina.

Finaliza la autora haciendo algunas reflexiones sobre las ventajas y los inconvenientes de un tratamiento diferenciado para las mujeres alcohólicas.

Se contempla la modalidad de grupo como el tratamiento más frecuente, señalando los cambios psíquicos que éste promueve.

Se señala el conflicto surgido del choque entre las expectativas y valores asignados tradicionalmente al rol de la mujer y el intento por construir un nuevo modelo de subjetivación femenina

Tratamiento psicológico:

- ◆ fomentar la implicación de las mujeres como sujetos activos
- ◆ cuestionamiento de las condiciones personales, familiares y sociales que han determinado la crisis.
- ◆ no postura paternalista ni simplificadora
- ◆ propiciar la interrogación del síntoma alcohólico
- ◆ promover el despliegue de afectos ocultos

Jóvenes:

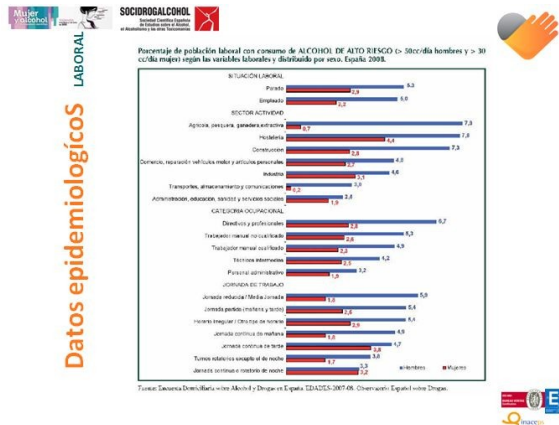
- ◆ Intento de anulación del conflicto mediante la equiparación con los chicos.
- ◆ Iguales patrones de consumo de alcohol:
 - Inicio cada vez más temprano,
 - Grandes cantidades en poco tiempo
 - Consumo de otras sustancias (cocaína, haschís, drogas de síntesis)



Problemas y perspectiva social.

Tratamiento integral del alcoholismo en la mujer

Félix Rueda López. Psicólogo Coordinador Terapéutico de programas y servicios Proyecto Hombre Alicante.



- Vulnerabilidad**
- La mujer que bebe en exceso aumenta el riesgo de convertirse en víctima de violencia y de abuso sexual (NIAAA)
 - A largo plazo, las mujeres desarrollan enfermedades relacionadas con el alcohol más rápidamente, y con menor cantidad de alcohol, que los hombres (NIAAA)
 - Beber torna a las mujeres jóvenes más vulnerables a los ataques sexuales y a las relaciones sexuales peligrosas y no planeadas. En el recinto universitario, los ataques, los avances sexuales no deseados y las relaciones sexuales no planeadas y peligrosas son más probables entre los estudiantes que, en ocasiones, beben excesivamente —para los hombres, cinco bebidas seguidas; para las mujeres, cuatro—. Por lo general, cuando una mujer bebe en exceso, se convierte en una potencial víctima de violencia y abuso sexual (NIAAA)
 - Dificultades relacionales, divorcios, pareja alcohólica (Alonso-Fdez., 1998), soledad

Diferencias adictivas (tomado de la presentación realizada por Isabel Vilmeño en el Encuentro de profesionales de CC.TT. de la C.V. en noviembre de 2010)

ADICCIÓN MASCULINA	ADICCIÓN FEMENINA
-Mayor sentido de pertenencia al grupo.	-Menor sentido de pertenencia al grupo.
-Más socializado.	-Más solitaria.
-Menor expresión de sentimientos y emociones.	-Más facilidad para exteriorizar sentimientos.
-Asume mejor el cumplimiento de normas.	-Necesita que se le expliquen y argumenten más las cosas.
-Menor índice de dependencia emocional.	-Mayor índice de dependencia emocional.
-Actitud paternalista frente a las mujeres adictas.	-Estrategia de sobreprotección.
-Mayor índice de problemas legales.	-Minimización de sus capacidades que reduce en un déficit crónico de autoestima.
-Mayor índice de psicosis.	-Mayor índice de maltrato y abusos sexuales.
-Bebedor social.	-Trastornos de ansiedad frecuentes.
-Adicción a psicofármacos. Predomina el consumo de hipnóticos.	-Presentan más trastornos afectivos y depresión.
-Menor preocupación por sus hijos.	-Menor capacidad de autonomía a la hora de tomar decisiones.
	-Bebedora solitaria.
	-Adicción a psicofármacos. Predomina el consumo de antidepresivos.
	-Mayor preocupación relacionada con sus hijos.

- Aspectos**
- Enfoque desde la perspectiva relacional
 - Abordaje **psicoafectivo**
 - Roles y papeles asignados (vinculados al género)
 - Reducción de situaciones estresantes vinculadas al consumo de OH:
 - "Pánico del descubrimiento"
 - Maltrato
 - Conducta sexual
 - Aspecto físico
 - Ideaciones referidas al auto-concepto

Firmeza y afecto como binomio esencial, prestando especial atención a la carga afectiva



Unidades de conductas adictivas

Ignacio Calvo Carbonell. Médico responsable Unidad Alcoholología. Alcoi, Alicante.

La unidad de Alcoholología de Alcoy está atendida por un médico, 2 psicólogas, una trabajadora social y un administrativo y se encarga del tratamiento de las adicciones legales con o sin sustancia (alcohol, tabaco, tranquilizantes, ludopatía, etc...)

Recibe aproximadamente 250 /300 visitas anuales de las cuales alrededor del 50 son por problemas relacionados con el alcohol, de ellos el 21% son mujeres y el 79% varones. La edad media de inicio del tratamiento es de 42/44 años.

Porcentualmente acuden más mujeres remitidas por Servicios Sociales y mayoritariamente solas.

Probablemente a los profesionales sanitarios en general les cuesta preguntar, sobre todo cuando hay evidencia de consumos y por ese motivo no se diagnostica suficientemente esta patología.

Un grupo importante de pacientes presentan consumos concomitantes de otras sustancias, cocaína (11'5 en mujeres, 23'3 en hombres); cannabis (semejante para ambos sexos) y benzodiacepina (6'4% en mujeres y 27'5% en hombres) este último dato se aleja de las cifras de otros estudios.

La presencia de hepatopatía o de tratamiento con psicofármacos no varía de uno a otro género y la media de la GammaGT es de 174 en hombres y 213 en mujeres (mayor vulnerabilidad en las mujeres).

Se evidencia una baja retención general entre un 15 y un 18% a los dos años, y se observa que hay mayor retención entre los que presentan hepatopatía previa.

Los exitus a dos años es del 5% entre los hombres y el 2% entre las mujeres.



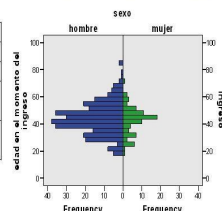
A los profesionales sanitarios en general les cuesta preguntar, sobre todo cuando hay evidencia de consumos y por ese motivo no se diagnostica suficientemente esta patología

Conclusiones

- las diferencias encontradas en nuestra población son congruentes con las descritas en la bibliografía revisada, corroborando la menor frecuencia en mujeres de trastorno por abuso/dependencia de cocaína y juego patológico asociado, y mayor frecuencia de sintomatología ansioso-depresiva.
- Las diferencias en la vía de acceso al tratamiento sugieren la existencia de déficits en la red social de apoyo de las mujeres con problemas relacionados con el alcohol.
- AP puede suponer una importante oportunidad en la detección, el abordaje y la derivación.
- La retención en tratamiento es baja desde el inicio del seguimiento, tanto en hombres como en mujeres. Se necesitan estudios dirigidos a conocer mejor los factores asociados al abandono terapéutico para poder poner en marcha estrategias dirigidas a mejorar las tasas de retención.

Edad al inicio del tratamiento

	Media	IAI Ocasid 2007
Hombre	44,12	43,5
Mujer	42,81	43,8
Hombre sin Hg. previo	44,12	42,7
Mujer sin Hg. previo	41,28	
Hombre con Hg. previo	44,12	
Mujer con Hg. previo	44,33	44,6





Centros de día

Javier Romero Guasch. Coordinador Fundación Atenea Albacete.

Realmente se trata de hacer programas de reducción de daños, de acercarse y minimizar las consecuencias entre los consumidores que están en la calle y muchos de ellos en situación de marginalidad.

El Programa lo realiza la Fundación Atenea y se nos expuso el programa que llevan a cabo en Albacete entre consumidores activos, pudiendo ser un complemento a los PIJ o a los PMM..

En 2007 empezaron a trabajar con alcohólicos ya que antes el programa estaba dirigido casi fundamentalmente a consumidores de heroína.

Se pretende hacer una educación de calle en el contexto de la red asistencial. Algunos son pacientes que abandonaron programas residenciales, creyendo que estaban ya “curados”.

El tema es que no se han sabido hacer programas de reducción de daños para mujeres y mucho menos para mujeres alcohólicas.

Se ha hecho un trabajo entre chicas prostitutas, las de club suelen consumir cocaína las de la calle heroína pero casi todas alcohol.

Se realiza, captación y contacto, información y derivación, asesoramiento y orientación socio sanitaria, oferta de material preventivo, atención socio sanitaria y recogida de datos para prestar ayuda.

El objetivo, mejorar la calidad de vida e intentar un acercamiento a los recursos asistenciales.

No se han sabido hacer programas de reducción de daños para mujeres y mucho menos para mujeres alcohólicas

EL TRABAJO DE CALLE EN Menos Riesgos, Más Salud

- * El Trabajo de Calle en el marco del programa Menos Riesgos, Más Salud nos permite:
 - * **Entrar en contacto** con consumidores/as alejados/as de los recursos o difíciles de contactar.
 - * Hacer llegar **información sociosanitaria útil y creíble** a consumidores/as.
 - * **Derivar efectivamente** a otros recursos comunitarios.
 - * **Facilitar la modificación de conductas** de riesgo (especialmente relacionadas con el consumo inyectado).
 - * **Implicar activamente** a usuarios/as de drogas en el programa.

Podemos concluir diciendo que, hoy día, las estrategias de reducción de daños y riesgos son una alternativa a los enfoques basados en la abstinencia, con los que se complementan en función del momento en que se encuentre la persona consumidora y/o sus demandas.

**Mujer
y alcohol**
Symposium científico

Valencia
31 de Mayo y 1 de Junio
de 2012



Viviendas de apoyo al tratamiento para mujeres con dependencia alcohólica: un modelo integrador

Cañuelo Higuera B.; Cañuelo García V.; Fernández Rodríguez S.; Palacios Rodríguez I.; Expósito Mesa R. Servicio de Drogodependencias de Cruz Roja Española de Córdoba.

En España, durante la década de los años 70, siempre al amparo de profesionales médicos, generalmente especialistas en psiquiatría, nace el fenómeno asociativo que reivindica por primera vez, la concesión del status social de enfermo a aquellas personas afectadas por la dependencia alcohólica y emerge el movimiento asociativo liderado por los ya considerados clásicos en el tratamiento de la dependencia alcohólica incorporando y aplicando metodologías, que partiendo del modelo médico evolucionan hacia un modelo bio-psico-social, donde caben profesionales hasta ahora excluidos en el abordaje y tratamiento del alcoholismo como los psicólogos, los trabajadores sociales y los educadores sociales.

Resultaba casi tabú la mención de “las alcohólicas”, poco presentes en los centros de tratamiento convencionales, sin que tuviéramos la certeza que este hecho fuese motivado por una ausencia real de las mismas ó como por el contrario se vislumbraba, se debiese a una falta de oferta que limitase el miedo a la demanda asistencial por parte de las féminas y a ser catalogadas con la despectiva acepción de “borrachas” ó “alcohólicas”. Partiendo de esta situación, desde el Servicio de Drogodependencias de Cruz Roja Española de Córdoba se plantea esta cuestión y tras complicadísimas negociaciones para vencer no pocas resistencias, se consigue poner en marcha un dispositivo para mujeres dependientes del alcohol con fracasos repetidos en tratamientos anteriores y/ó alto grado de marginación (vivienda de Apoyo al Tratamiento para mujeres con dependencia alcohólica: V.A.T.).

Viviendas de apoyo al tratamiento

* Modelo clásico

- ✓ *Dispositivo residencial.*
- ✓ *La intervención se hace en el Centro Ambulatorio.*
- ✓ *El equipo tutela la convivencia. No se implica en el proceso.*

* Modelo activo

- ✓ *No residencial, es parte del proceso.*
- ✓ *Intervención dentro y fuera.*
- ✓ *El equipo está incluido en el proceso desde el Centro Ambulatorio.*

Para llevar a cabo este proyecto, se cuenta con estructura suficiente para ello, como es un centro de tratamiento ambulatorio con un equipo muy experto y camas hospitalarias que permiten la desintoxicación inicial, sin la que el proyecto hubiese fracasado pro-



Programa pionero en toda España, ha permitido hacer un tratamiento con mujeres alcohólicas mayores de 18 años

Cada vez más cerca de las personas  Cruz Roja Española

Viviendas de apoyo al tratamiento para mujeres con dependencia alcohólica: un modelo integrador

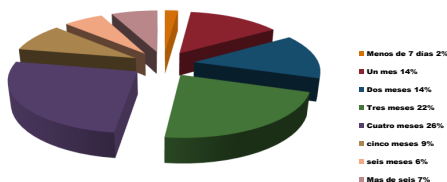
Cañuelo Higuera B.; Cañuelo García V.; Fernández Rodríguez S.; Palacios Rodríguez I.; Expósito Mesa R. Servicio de Drogodependencias de Cruz Roja Española de Córdoba.

bablemente debido a las complicaciones clínicas que presentaban en origen estas usuarias, con la particularidad de que dichas camas no se encuentran en un servicio cerrado y aislado de psiquiatría dentro del hospital, sino en una sala de medicina interna, por definición abierta y por tanto con la posibilidad de abandono por parte de las usuarias sin la resistencia ni trabas burocráticas que presentan unidades cerradas y vigiladas, comprobándose con el paso del tiempo, casi 25 años después, que las enfermas superan esta fase, sin abandonos en su práctica totalidad.

Con estos planteamientos en diciembre de 1990, se pone en marcha dicho dispositivo, que en origen cuenta con tres monitoras entrenadas. Partíamos de algunas premisas como las siguientes: un aumento aún leve de las demandas de asistencia por mujeres, diferente metabolización que en el hombre y una diferente distribución de la grasa en la mujer, mayor daño físico en general, presencia casi constante de la violencia de género en estas usuarias, peor imagen social, que condicionaba procesos más largos de consumo y por tanto mayor deterioro en todas las áreas, presencia constante de la violencia de género. Conceptualmente no queríamos un dispositivo puramente residencial, sino que las intervenciones debían realizarse tanto desde el centro ambulatorio, en el hospital, donde se producía el primer contacto con compañeras y monitoras, desde los servicios sociales y comunitarios normalizados y sobre todo dentro de la vivienda de apoyo al tratamiento, con actividades de todo tipo orientadas a la normalización de las usuarias, que en la mayoría de las ocasiones habían perdido ó no habían adquirido conductas normalizadas e integradas socio-familiarmente. Se inicia el proyecto en diciembre de 1990, debiendo hacer constar lo complejo de conseguir financiación para estos dispositivos, se clausura en 1993 por falta de financiación, consiguiéndose abrir de nuevo en 1.996. En diciembre de 2003, sufre un aparatoso incendio a causa de un problema eléctrico sin tener que lamentar víctimas, a pesar de la ocupación del dispositivo al 100% y la nocturnidad del suceso, reabriéndose en enero de 2004, y se clausura definitivamente el 31 de mayo de 2012, cuando la ocupación era del 100% y la lista de espera del 150%, justamente el día anterior a la exposición del presente trabajo en el Simposio motivo de esta obra.

Estancia media: 91,84 días

(máximo 6 meses) (31.410 estancias)
n: 342 (33 reingresos)



Cada vez más cerca de las personas



El programa se clausura definitivamente el 31 de mayo de 2012, cuando la ocupación era del 100% y la lista de espera del 150%

Mujer y alcohol
Symposium científico

Valencia
31 de Mayo y 1 de Junio de 2012



Viviendas de apoyo al tratamiento para mujeres con dependencia alcohólica: un modelo integrador

Cañuelo Higuera B.; Cañuelo García V.; Fernández Rodríguez S.; Palacios Rodríguez I.; Expósito Mesa R. Servicio de Drogodependencias de Cruz Roja Española de Córdoba.

Tanto las intervenciones que se realizan desde el área externa del dispositivo como las que se realizan dentro, necesitan un diagnóstico personalizado de cada usuaria, un plan específico de tratamiento y un itinerario personalizado, reevaluado cada 15 días para redefinir objetivos en función de los progresos de cada mujer. Los criterios de inclusión eran: ser mujer mayor de 18 años, cumplir criterios diagnósticos de dependencia alcohólica, voluntariedad y haber superado la fase de desintoxicación hospitalaria, exclusión de patología psiquiátrica grave, exclusión de dependencias primarias en su origen a drogas ilegales. Es importante destacar una premisa en el proceso terapéutico desde el punto de vista conceptual: *El principio de autoridad* se encuentra fuera de la vivienda, ostentándolo generalmente el jefe del servicio ó la persona responsable del programa psicológico. Ello permite que las monitoras que desarrollan su función dentro del dispositivo sean muy cercanas a las usuarias.

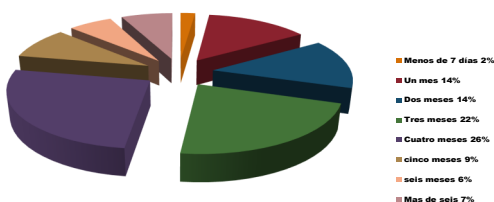
Conclusiones:

1.- Este dispositivo ofrece una mayor rentabilidad terapéutica e integradora que otros modelos para las usuarias con fracasos terapéuticos anteriores (84% de la muestra). 2.- Cuando las viviendas de apoyo al tratamiento cambian el modelo exclusivamente residencial por un modelo activo e integrado de intervención, adquieren nuevas competencias y un mayor nivel de exigencia a usuarias y profesionales. 3.- Este modelo garantiza la continuidad de la acción terapéutica desde el inicio hasta el final del proceso y la coordinación de todas las intervenciones. 4.- Se consigue una integración rápida de las usuarias, ya que todas las intervenciones se realizan dentro de modelo social normalizado. 5.- Es imprescindible una evaluación continuada e individualizada de cada usuaria, para redefinir objetivos, en función de la evolución y de los acontecimientos que ocurran durante el proceso de tratamiento. 6.- Es muy importante la incorporación

de las usuarias en la toma de decisiones y la orientación de las necesidades terapéuticas, en función del perfil que integran el grupo en cada momento histórico del mismo, al mismo tiempo que les proporciona un aumento de autoestima imprescindible para su normalización individual y so-

Estancia media: 91,84 días

(máximo 6 meses) (31.410 estancias)
n: 342 (33 reingresos)



Cada vez más cerca de las personas



Este modelo garantiza la continuidad de la acción terapéutica desde el inicio hasta el final del proceso



Viviendas de apoyo al tratamiento para mujeres con dependencia alcohólica: un modelo integrador

Cañuelo Higuera B.; Cañuelo García V.; Fernández Rodríguez S.; Palacios Rodríguez I.; Expósito Mesa R. Servicio de Drogodependencias de Cruz Roja Española de Córdoba.

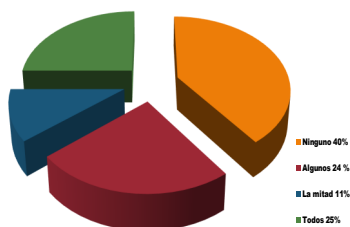
cio-laboral. 7.- No se puede concluir que la condición de “mujer dependiente del alcohol”, conlleve un perfil definido que las diferencie en cuanto a sexo, situación económica, nivel laboral, nivel de estudios, etc, de la población femenina en general. 8.- Con gran frecuencia son el objeto de maltrato físico familiar, sobre todo de sus parejas, y en su totalidad (100%) presentan maltrato psicológico que tardan en verbalizar, siendo difícil de cuantificar y de demostrar, lo que condiciona una alta impunidad del maltratador, muchas veces justificado por la permisividad otorgada socialmente a la desgracia de convivir con una alcohólica ó “borracha”. 9.- El acercamiento de los dispositivos asistenciales a la población general proporcionan una mayor detección de casos y un mejor abordaje y seguimiento de las afectadas y de sus familias. 10.- Es importante disponer de un dispositivo de desintoxicación hospitalaria (91%), ya que el hecho de estar cronificado el proceso (casi 9 años de evolución de media), supone un mayor deterioro físico con respecto a los varones y por tanto son necesarias intervenciones médicas más especializadas y exigentes. 11.- El nivel de cumplimiento de los objetivos con 78% de altas terapéuticas, 11% de altas voluntarias, 6% de altas derivadas y sólo un 5% de altas disciplinarias, demuestran la utilidad y conveniencia de este dispositivo.

Como conclusión fina podemos indicar que: defendemos este modelo por su alta rentabilidad social, como lo demuestra el óptimo cumplimiento de objetivos y denunciamos la dificultad para conseguir financiación para este tipo de dispositivos como lo demuestran los sucesivos cierres y aperturas del mismo, debido fundamentalmente a criterios economicistas, aunque no sean los únicos que lo condicionan.



Denunciamos la dificultad para conseguir financiación para este tipo de dispositivos como lo demuestran los sucesivos cierres y aperturas del mismo

Relación con dependientes alcohólicos/as



Seguimiento a 24 meses: Abstinencia



Cada vez más cerca de las personas  Cruz Roja Española

Cada vez más cerca de las personas  Cruz Roja Española

Mujer y alcohol
Symposium científico

Valencia
31 de Mayo y 1 de Junio de 2012





Comunidades terapéuticas

Mar González, psicóloga de la Comunidad Terapéutica para Mujeres de la Fundación Arzobispo Miguel Roca, Proyecto Hombre Valencia.

Es un recurso dirigido a mujeres con todo tipo de adicciones y muchas presentan situaciones de prostitución y de malos tratos, con antecedentes familiares de alcoholismo y muchas con comorbilidad psiquiátrica: trastornos del estado de ánimo, trastorno de personalidad y trastornos psicóticos. La mayoría de ingresos son por alcohol y por alcohol más cocaína, con una media de edad de 36 – 40 años, para todas las sustancias.

Se hace intervención psicológica con técnica motivacional, para promover el cambio, cognitivo conductual, prevención de recaídas, terapia familiar y de pareja, terapia farmacológica. El programa terapéutico dura entre 6 y 9 meses y consta de tres fases progresivas.

El equipo está formado por educadores, trabajador social, médico, DUE, Psicólogos, abogado y voluntarios.

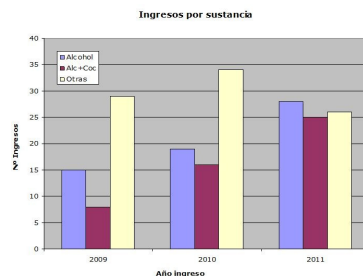
Se trabaja tanto individual como grupal, con actividades psicoterapéuticas y grupos de aquí y ahora.

Se adapta el tratamiento a cada persona y se realiza una reunión / valoración bimensual para valorar cumplimiento de objetivos.

CONCLUSIÓN FINAL:

Se precisan más recursos y con mayor especificidad para abordar de forma integral el alcoholismo en la mujer y todos sus problemas asociados. Individualizar el tratamiento.

El programa terapéutico dura entre 6 y 9 meses y consta de tres fases progresivas



C. T. Julián Álvarez Subirats
Centre València de Solidaritat
"Proyecto Hombre"

Mujer y alcohol
Symposium científico

PROGRAMA DE TRATAMIENTO

- Tres fases de intervención a nivel integral (bio-psico-social)
- Objetivos: diferenciados en cada fase
- Duración: ~ 6/9 meses (2/3 meses por fase)
- Terapia individual (psicoterapia) y grupos psicoeducativos
- Equipo multidisciplinar: Educadores, Trabajador Social, Médico, DUE, Psicólogos, Abogados y Voluntariado especializado.
- Actividades psicoterapéuticas, socioeducativas, sanitarias, ocupacionales y de tiempo libre.





Prevención en el consumo de alcohol de las y los adolescentes

Manuel Sanchis Fortea. (Jefe de la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria. Hospital Psiquiátrico de Bétera - Valencia- Departamento de Salud Valencia-Arnau de Vilanova-Lliria.

(...)

Los patrones de uso y abuso del alcohol han variado en los últimos años de forma muy importante, no solo en España sino también en el resto de países de nuestro entorno. Diversas transformaciones y cambios económicos, culturales y sociales han coincidido en momentos determinados, provocando, entre otras cosas, un aumento de la disponibilidad del alcohol, con variación no sólo de la cantidad, sino de la calidad de las bebidas y un aumento del consumo por parte de la población femenina, juvenil y adolescente.

La importancia de este consumo no radica solamente en que el alcohol sea la droga más consumida entre los adolescentes y jóvenes, sino en el protagonismo que ha adquirido su consumo como articulador del tiempo libre de carácter social de estos jóvenes. El consumo de alcohol ha pasado a ser un componente esencial y dinamizador del ocio de muchos jóvenes, en particular durante las noches del fin de semana. Baste indicar que entre las actividades de ocio practicadas en el fin de semana por los estudiantes españoles figura en segundo lugar el ir de bares o discotecas solo precedida por el salir con amigos/as.

Los patrones de consumo tienen consecuencias en la población juvenil y adolescente que se traducen en alteraciones de las relaciones con la familia, compañeros y maestros, bajo rendimiento escolar, violencia, alteraciones del orden público o la adopción de conductas de alto riesgo, como conducir tras haber bebido (en este sentido destacar que los accidentes de tráfico en su conjunto son la primera causa de mortalidad en este grupo de edad), así como la práctica de actividades sexuales de riesgo, que conllevan embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

(...) La imitación y el deseo de ser como los demás tienen un peso muy importante en el inicio del consumo de alcohol.

Investigaciones sugieren que el cerebro del adolescente es más sensible a los efectos dañinos del alcohol que el de los adultos.

Por otro lado, debemos señalar que la importante tolerancia social existente todavía respecto a los consumos de alcohol y la escasa percepción del riesgo asociado a la ingesta de bebidas alcohólicas ha sido uno de los factores que ha contribuido a la generalización de los consumos de alcohol entre los adolescentes y jóvenes, favoreciendo la instauración de una imagen de "normalización" de estas conductas, cuando no a la canalización de los consumos.

Investigaciones sugieren que el cerebro del adolescente es más sensible a los efectos dañinos del alcohol que el de los adultos

**Mujer
y alcohol**
Symposium científico

Valencia
31 de Mayo y 1 de Junio
de 2012



Prevención en el consumo de alcohol de las y los adolescentes
Manuel Sanchis Fortea. (Jefe de la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria. Hospital Psiquiátrico de Bétera - Valencia- Departamento de Salud Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria.

Actualmente tenemos indicadores que verifican la penetración social de este tipo de prácticas y que alertan sobre la problemática derivada del consumo de alcohol por parte de los adolescentes españoles. Así entre 2002 y 2008 el % de escolares (14-18 años) que confiesan haber tomado alcohol alguna vez en la vida ha pasado de 76,6% al 81,2%, es decir ha aumentado en 5 puntos

La percepción de riesgo está disminuyendo así como el % de adolescentes abstemios, entre 2002 y 2008 ha disminuido en un 5% el número de los menores que no beben, pasando del 23,8% a 18,8% respectivamente. Y un dato preocupante, los adolescentes que beben lo hacen en cantidades cada vez más elevadas, siendo cada vez más frecuentes consumos muy elevados de alcohol en cortos periodos de tiempo, como pone de manifiesto el hecho de que de todos los encuestados el 29,1% de los escolares de 14-18 años de edad, refieran episodios de embriaguez durante los 30 días anteriores a la entrevista. Si, además, preguntamos a los que han bebido en los últimos 30 días ese porcentaje se eleva hasta el 49,6%.

La edad de inicio a consumos regulares es de las más tempranas, situándose en los 13,7 años de edad media. Los chicos consumen una cantidad de alcohol significativamente superior a las chicas, aunque estas beban con más frecuencia. La prevalencia de consumo de alcohol es ligeramente superior entre chicas (74,2%) que entre los chicos (71,6%) en el año 2008 para una frecuencia de consumo en los últimos 12 meses.

El consumo de alcohol entre los menores de 18 años se trata de un consumo localizado fundamentalmente en los fines de semana: el 99,8% de los que habían bebido en los últimos 30 días lo habían hecho en el fin de semana, mientras que el 39,3 % habían bebido en días laborables.

La percepción de consumir mucho o bastante alcohol como problema de salud es muy baja entre la población estudiada, el hecho de consumir 4/5 copas en fin de semana está considerada como la práctica de riesgo de menor riesgo, solo un 47,2% de los menores considerar que esta conducta podría ocasionar bastantes o muchos problemas

Se mantiene el patrón de consumo de alcohol característico de los adolescentes, consistente en el consumo de combinados y cervezas, preferentemente los fines de semana (viernes, sábado y domingo), en lugares públicos y con amigos. Los lugares habituales de consumo son los bares, discotecas y la calle. El alcohol adquiere con ello, un papel fundamental como articulador del ocio y las relaciones sociales de los jóvenes”

Probablemente podamos afirmar que es la droga más consumida. Pero no es un hábito generalizado. El problema radica en el hecho de que los jóvenes que beben lo hacen en cantidades cada vez más elevadas, siendo cada vez más frecuente consumos muy elevados de alcohol en cortos periodos



El problema radica en el hecho de que los jóvenes que beben lo hacen en cantidades cada vez más elevadas



Prevención en el consumo de alcohol de las y los adolescentes
Manuel Sanchis Fortea. (Jefe de la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria. Hospital Psiquiátrico de Bétera - Valencia- Departamento de Salud Valencia-Arnau de Vilanova-Lliria.

de tiempo (“binge drinking”) y por tanto, aumenta la frecuencia de episodios de embriaguez en nuestros escolares, y este hecho forma ya parte de la **CULTURA JUVENIL DE ALCOHOL.**

Al consumir alcohol los jóvenes se sienten más divertidos, charlatanes y sociables. En este sentido a corto plazo los jóvenes sólo son conscientes de las sensaciones agradables que produce su consumo. Pero a pesar de estas sensaciones agradables que produce el consumo la mayoría de los jóvenes y adolescentes que consumen alcohol ha presentado efectos orgánicos graves al menos en una ocasión.

Según evidencian algunos estudios, los efectos agudos del alcohol sobre el organismo del adolescente suelen ser más graves, debido entre otras razones a la nula tolerancia, que en los adultos.

(...) La intoxicación etílica aguda es el trastorno orgánico más común inducido por el alcohol, existiendo en nuestro medio una gran tolerancia social al mismo, sobretudo en adolescentes, jóvenes y en fines de semana y festivos. El alcohol es una droga con capacidad de crear dependencia psicofísica, tolerancia y adicción

Además los jóvenes que realizan un consumo elevado de alcohol incrementan los conflictos en su entorno inmediato, radicalizan los conflictos aumentando las peleas con agresión física y las detenciones y realizan prácticas de riesgo en mayores porcentajes (relaciones sexuales sin protección y accidentes de tráfico)

Por otro lado se constata una intensa asociación entre los consumos de alcohol, tabaco y cannabis, de modo que el uso de cualquiera de estas sustancias implica una alta probabilidad de consumo de las restantes.

Es conveniente añadir que cada vez es más importante la cuestión del **GÉNERO**. El alcohol es causa directa del Síndrome Alcohólico fetal (SAF), que engloba retraso del crecimiento, afectación del sistema nervioso central y malformaciones faciales muy características. Aunque muchas mujeres reducen o suprimen el consumo de alcohol durante la gestación, se estima que hasta un 25%-50% de las mujeres embarazadas en la Unión Europea continúan consumiendo durante este periodo y algunos estudios basados en la detección de alcohol en recién nacidos indican que podría existir una prevalencia de consumo de alcohol en mujeres gestantes mayor de lo que se estima a través de los métodos convencionales.

El consumo de alcohol durante el periodo gestacional es, por tanto, responsable de una enorme carga de daño para la salud física y social del individuo, de su familia y de la sociedad en general que es enteramente prevenible. El conocimiento actual no permite establecer la existencia de un umbral seguro para el consumo de alcohol en mujeres embarazadas por lo que debe recomendarse no consumir alcohol tanto durante el periodo precon-

Algunos estudios basados en la detección de alcohol en recién nacidos indican que podría existir una prevalencia de consumo de alcohol en mujeres gestantes mayor de lo que se estima

**Mujer
y alcohol**
Symposium científico

Valencia
31 de Mayo y 1 de Junio
de 2012



Prevención en el consumo de alcohol de las y los adolescentes
Manuel Sanchis Fortea. (Jefe de la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria. Hospital Psiquiátrico de Bétera - Valencia- Departamento de Salud Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria.

cepcional como durante la gestación y la lactancia.

Contexto de las políticas en materia de consumo de alcohol en adolescentes y menores

Hay ya numerosas iniciativas nacionales e internacionales en este campo.

(...)

Todas ellas coinciden en la necesidad de abordar el consumo de alcohol y los menores con dos objetivos principales: modificar los preocupantes patrones de consumo, y controlar el daño asociado al mismo, informando y sensibilizando a la población general de estos sucesos; reduciendo la permisividad social que facilita los consumos desordenados y estableciendo las medidas preventivas necesarias.

De todo lo cual, se desprende que en los últimos años se ha generado una seria preocupación por este consumo, provocando que la administración pública, los productores de bebidas con contenido alcohólico, las ONG, las representaciones sociales, los partidos políticos y la sociedad en general tomemos conciencia de los riesgos sanitarios y sociales que conlleva el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, sobre todo cuando se da en adolescentes y menores, cuyo organismo se encuentra todavía en desarrollo y considerando que la adolescencia es una etapa de máxima vulnerabilidad. Líneas de actuación en el campo preventivo del consumo de alcohol en la adolescencia

Los objetivos van a contemplar:

Prevenir el consumo de alcohol en los adolescentes y jóvenes.

Alertar sobre las consecuencias que el consumo de alcohol tiene en adolescentes y jóvenes.

Informar a los adolescentes y jóvenes de los peligros del consumo de alcohol.

Para ello, sin entrar en el análisis e implementación de distintos programas específicos de prevención del consumo de bebidas alcohólicas, considero que las estrategias y medidas preventivas que conduzcan a lograr el consumo cero de alcohol por parte de adolescentes y menores de edad, tal como se expone en el Manifiesto referido anteriormente, deben tener en cuenta:

1. Evitar cualquier publicidad o promoción comercial que directamente relacione el consumo de bebidas alcohólicas con el éxito social o sexual, con la mejora del rendimiento físico o que expresamente induzca al consumo de alcohol por parte de menores de edad u ofrezca una imagen negativa de la abstinencia o de la sobriedad, o subraye como cualidad positiva de una bebida su contenido alcohólico.

2. Involucrar a los medios de comunicación, las redes sociales y especialmente a los medios televisivos, en relación con la conveniencia de informa-



*Evitar cualquier
 publicidad o
 promoción
 comercial que
 directamente
 relacione el
 consumo de bebidas
 alcohólicas con el
 éxito social o sexual*





Prevención en el consumo de alcohol de las y los adolescentes
Manuel Sanchis Fortea. (Jefe de la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria. Hospital Psiquiátrico de Bétera - Valencia- Departamento de Salud Valencia-Arnau de Vilanova-Lliria.

ción de los perjuicios del consumo de alcohol por menores de edad y la de establecer medidas de control para evitar que la publicidad y promoción se dirija a los menores de edad, en los medios o espacios dirigidos a este público.

3. Dotar de recursos a las familias y a los entornos sociales del adolescente y menor para incrementar la percepción del riesgo asociado al consumo de alcohol por menores.

4. Estimular la autorregulación en esta materia entre los productores, los distribuidores y los expendedores de bebidas alcohólicas.

5. Desarrollar campañas públicas de educación y prevención enfocadas a evitar el consumo de alcohol por adolescentes y menores de edad, detectando los factores de riesgo y potenciando los factores de protección.

6. Educar en hábitos de salud e informar adecuadamente, desde todos los sectores, con especial incidencia por parte de las administraciones públicas sanitarias y educativas, desde edades tempranas, sobre las consecuencias inherentes al consumo de alcohol en adolescentes.

7. Diseñar junto a educadores sociales y agentes sociales programas de prevención del consumo de alcohol en menores y adolescentes en el ámbito escolar.

8. Fomentar hábitos de vida saludables y la práctica del deporte, así como actividades creativas y artísticas. Impulsar y publicitar la oferta pública de actividades de ocio para menores (principalmente deportivas y culturales) alternativas al consumo de alcohol en el colectivo.

9. Cooperar entre todos los agentes implicados para promover la responsabilidad y prevenir las prácticas ilícitas de comercialización a adolescentes.

10. Impulsar el conocimiento y responsabilidades éticas y legales de las personas implicadas en la comercialización o el servicio de bebidas alcohólicas.

11. Diseñar estrategias y planes de trabajo con el objetivo de establecer el consumo cero de alcohol entre adolescentes y menores de edad. Posibilitar el acceso a intervenciones socio-sanitarias para aquellos adolescentes que lo requieran.

Dotar de recursos a las familias y a los entornos sociales del adolescente y menor para incrementar la percepción del riesgo



Prevención del alcohol y otros tóxicos durante el embarazo: experiencia en una consulta de salud medioambiental reproductiva

Miguel Felipe Sánchez Saucó. Enfermero especialista en la Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica del Hosp. Universitario Virgen de la Arrixaca. Responsable de la consulta de Salud Medioambiental Reproductiva.

El alcohol es un elemento muy arraigado en nuestra sociedad y en nuestra cultura. La ingesta de alcohol durante las diferentes etapas de la vida como elemento social y psicosocial hace que la percepción de riesgo sobre este elemento sea muy baja. La ingesta de etanol tiene efectos en la salud del individuo conocidos en una exposición media/alta, pero hay determinados periodos que requieren una mayor protección: la espermatogénesis, el periodo periconcepcional, embarazo y lactancia.

Actualmente las parejas embarazadas empiezan a desarrollar mecanismos preventivos en el mismo momento en el que se enteran que están embarazadas. La eliminación de la ingesta uno de los últimos elementos dentro de la programación del embarazo ya que un alto porcentaje elimina la exposición a etanol a partir de la 5ª semana de gestación que es el mismo momento en el que se enteran que están embarazadas.

Aunque existen factores medioambientales y biológicos que podrían modular los efectos del alcohol sobre el desarrollo cerebral tales como el patrón de ingesta, tiempo de exposición, edad de la madre, nutrición, estatus socioeconómicos y variables teratogénicas, no hay un nivel de alcohol seguro para el feto. Las acciones preventivas de para la eliminación de alcohol en periodo periconcepcional, embarazo y lactancia son de vital importancia para el desarrollo óptimo del futuro individuo. Las primeras semanas son muy importantes ya que la dismorfología facial aparece en el periodo embriológico de gastrulación, con un impacto negativo en las líneas neurogénicas, afecta a la maduración de pros encéfalo, y estructuras y núcleos tronco encefálicos.

En la 3ª semana de gestación una ingesta importante de alcohol produce una mayor incidencia de defectos craneo faciales y trastornos mentales en neonatos. Entre la 7 y la 20 semana de gestación la exposición a etanol tiene importantes consecuencias sobre el desarrollo cerebral, ya que se produce la migración neuronal y la proliferación/diferenciación de las células neuroepiteliales de la mayoría de las áreas cerebrales. En la 7ª semana se forma el cuerpo calloso y las células gliales de la línea media.

Estas son algunas de las consecuencias de una exposición a alcohol en los primeros estadios de embarazo, tanto a nivel físico como a nivel de neurodesarrollo. Por ello es importante establecer mecanismos preventivos promotores de salud en el embarazo y la lactancia.



Las acciones preventivas de para la eliminación de alcohol en periodo periconcepcional, embarazo y lactancia son de vital importancia



Intervenir en la embarazada dentro de la consulta de SMAR con consejos breves de salud, tanto verbal como por escrito de las consecuencias de la ingesta del alcohol durante los periodos críticos del embarazo

Prevención del alcohol y otros tóxicos durante el embarazo: experiencia en una consulta de salud medioambiental reproductiva

Miguel Felipe Sánchez Saucó. Enfermero especialista en la Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica del Hosp. Universitario Virgen de la Arrixaca. Responsable de la consulta de Salud Medioambiental Reproductiva.

¿Quiénes Somos?

Las unidades de Salud Medioambiental Pediátrica son unidades clínicas situadas en un departamento u hospital materno-infantil donde pediatras y enfermeros con experiencia en Salud Medioambiental (SMA) trabajan con otros profesionales sanitarios y no sanitarios. Estas unidades son capaces de reconocer, evaluar, tratar y prevenir las enfermedades y los riesgos ambientales en la infancia así como de proporcionar asistencia, educación, formación teórico-práctica e investigación clínica.

Existe una de estas unidades en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. Dentro de las acciones que desarrolla esta unidad en el Hospital, trabaja en el desarrollo y puesta en práctica de la consulta de Salud Medioambiental Reproductiva (SMAR), la cual, se define como una consulta clínica de detección, intervención y prevención de exposiciones a riesgos medioambientales en periodos críticos del embarazo (espermatogénesis y embarazo) y lactancia.

Esta consulta está ubicada en la unidad de medicina fetal del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, e interviene en las parejas embarazadas de alto riesgo que acuden a la ecografía de 12 semanas de gestación. La consulta de SMAR utiliza la hoja verde como herramienta de trabajo para la detección de riesgos medioambientales, enmarcada dentro de una entrevista motivacional, que se realiza cara a cara, para detectar, informar y reducir y/o eliminar los principales riesgos medioambientales para un desarrollo óptimo del feto entre los que se incluye también la evaluación a drogas legales e ilegales.

Los objetivos de la hoja verde son: reducción de daño: detectar y eliminar/reducir la exposición a tóxicos a lo largo del embarazo; prevención de daño: identificar, evaluar y manejar las etiquetas de riesgo detectadas en este embarazo futuros embarazos.

Como intervenir para la prevención o eliminación de la ingesta de alcohol durante el embarazo.

Tres son los pilares fundamentales para la intervención en este grupo de riesgo:

Intervenir en la embarazada dentro de la consulta de SMAR con consejos breves de salud, tanto verbal como por escrito de las consecuencias de la ingesta del alcohol durante los periodos críticos del embarazo (periodo periconcepcional, embarazo y lactancia)

El embarazo es cosa de 2; intervenir en el padre para la reducción de la ingesta durante los periodos críticos del embarazo (espermatogénesis, perio-



Prevención del alcohol y otros tóxicos durante el embarazo: experiencia en una consulta de salud medioambiental reproductiva

Miguel Felipe Sánchez Sauco. Enfermero especialista en la Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica del Hosp. Universitario Virgen de la Arrixaca. Responsable de la consulta de Salud Medioambiental Reproductiva.

do periconcepcional, embarazo y lactancia). ¿Porqué intervenir en el hombre?

Riesgo biológico: Durante la espermatogénesis (aproximadamente 70 días antes de la concepción) el futuro papá está creando el material genético que será heredado a su futuro hijo (el 50%). En este momento el nivel de divisiones del material genético es muy importante. Esto hace que este periodo del embarazo sea un periodo crítico y muy vulnerable a la exposición a determinados tóxicos medioambientales (alcohol, tabaco drogas ilegales, hobbies, exposiciones domésticas...)

Bloque inductor o incitador: una vez que se produce la concepción, el hombre adquiere un papel inductor con los hábitos de vida que tiene. La adopción de determinados hábitos mejora la calidad del embarazo de forma significativa. El consumo del futuro padre incita a la madre, establece una disyuntiva que provoca una disminución de la percepción de riesgo en determinadas exposiciones sobre todos en los hábitos tóxicos, legales e ilegales. El embarazo constituye un importante cambio en las acciones cotidianas de las mujeres, la ayuda del hombre como “acompañante” en esa travesía es de vital importancia para asimilar estos procesos hormonales y conductuales que se suceden durante el embarazo

Creador de ambientes: La exposición del feto a determinados tóxicos puede ser introducidos en el ámbito familiar de forma diaria y constante. El hombre por su práctica diaria puede traer a casa trazas de tóxicos derivadas de las actividades laborales o incluso las trazas derivadas de acciones cotidianas fuera del trabajo como hobbies, hábitos tóxicos...pueden exponer al núcleo familiar a exposiciones pequeñas pero crónicas que pueden tener significación a largo plazo

Formación a los profesionales Sanitarios: Es de vital importancia establecer redes formativas y de interacción para los profesionales sanitarios que estén en posiciones estratégicas para abordar el problema de la ingesta de alcohol en los periodos críticos del embarazo y lactancia. Desde la Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica, en colaboración con la Subdirección General de Drogodependencias de la Región de Murcia y el departamento de formación continuada del Área 1 de la Región de Murcia, se han establecido 2 cursos de formación permanente para estos profesionales.

Formación Continuada en Salud Medioambiental Reproductiva dirigido a matronas, pediatras, enfermeras de pediatría, médicos de cabecera de las áreas de pendientes del Hospital Materno Infantil del HU Virgen de la Arrixaca. El principal módulo del curso es la detección e intervención de riesgos medioambientales (alcohol, tabaco...) además de desarrollo de



La exposición del feto a determinados tóxicos puede ser introducidos en el ámbito familiar de forma diaria y constante





Prevención del alcohol y otros tóxicos durante el embarazo: experiencia en una consulta de salud medioambiental reproductiva

Miguel Felipe Sánchez Saucó. Enfermero especialista en la Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica del Hosp. Universitario Virgen de la Arrixaca. Responsable de la consulta de Salud Medioambiental Reproductiva.

estrategias entre atención primaria y especializada. Total de personas formadas: 101.

B) ARGOS NATO es un programa de 'Prevención y Disminución de Daño' a través de la reducción de exposición a etanol y otras drogas durante el embarazo, mediante una red de formación, detección y minimización de daño durante el periodo peri-concepcional, embarazo y lactancia. Profesionales a los que va dirigido: 1 medico y 1 enfermera de cada centro de Salud de la Región de Murcia. (en fase de ejecución) Profesionales formados hasta el momento: 60. El programa tiene 3 fases: formación de capacitación de formador de formadores en alcohol y embarazo, acciones de formador de formadores en el centro de salud y desarrollo de proyectos de investigación .

Nuestra experiencia:

Estudio descriptivo y de intervención sobre la exposición periconcepcional a riesgos medioambientales, incluido drogas. 864 parejas embarazadas desde XI-2009 a VI-2011 de las Áreas-de-Salud de referencia que acuden a la consulta SMAR durante el primer trimestre del embarazo para una evaluación e intervención de riesgos medioambientales complementando el cribado del primer trimestre. Son embarazos catalogados como embarazo de riesgo. Duración media de la entrevista \leq 5 minutos.

Resultados.

Alcohol: el 70 % [9,1 (IC95% 8,2-10,1) gramos/día] de las mujeres embarazadas y el 85% [20,2 (IC95% 18,7-21,7) gramos] de los futuros padres consumen algo de alcohol durante la etapa periconcepcional. El 12% de las mujeres embarazadas consumen más de 20 gr/día y el 4,2%(36) de las mujeres embarazadas consumen más de 30g/día al inicio del embarazo, 9 de ellos fueron diagnosticados de espectro alcohólico fetal actualmente en seguimiento. Durante la espermatogénesis algo más de un 20% consumen más de 30gr/día de etanol

Como hábitos relacionados con el alcohol también destacar la exposición a tabaco: El 63% de los embriones están expuestos a humo ambiental de tabaco. Drogas ilegales. Consumidoras activas: 3,5%; Exposición embriónica-fetal 12,4%(cannabis, marihuana y la cocaína, con un porcentaje de 8,3%, 4% y 0.5% respectivamente).

Se ha realizado consejo e intervención breve e intensiva oral y por escrito (dípticos específicos de alcohol y embarazo) a todas las parejas para la prevención y eliminación durante el embarazo y lactancia. El 95% de las mujeres bebedoras desconocen los efectos del alcohol durante el embarazo y abandonaron su consumo de inmediato.

*Estudio
descriptivo y de
intervención sobre
864 parejas
embarazadas
desde XI-2009 a
VI-2011 de las
Áreas de Salud*



La 'bebedora social' embarazada en la Región de Murcia: perfil y resultados en la antropometría neonatal

Martínez Aroca, M. et al. Premio mejor poster "Joaquín Santodomingo Carrasco". XXXI Congreso SOCIDROGALCOHOL. Tarragona 2012

Conclusiones:

Esta consulta está enfocada a la sensibilización, prevención y disminución de daño durante la organogénesis y especialmente para disminuir la morbilidad de enfermedades crónicas asociadas a las exposiciones durante el proceso de histogénesis y desarrollo funcional especialmente del sistema nervioso por exposición a alcohol y otros tóxicos medioambientales. No existe un nivel seguro de ingesta.

El papel del padre durante el embarazo es de vital importancia para el desarrollo del embarazo. Dada la importancia tanto biológica como social, los hombres en próximos años tendrán mucho más protagonismo a la hora de planificar embarazos. Enfocar el embarazo de manera integral es necesario y adquiere tintes de justicia ambiental con el feto.

La 'hoja verde' es una herramienta útil y fácil de implementar para la detección de drogas y eficaz en la reducción de las exposiciones a drogas legales e ilegales en un marco integral para la creación de ambientes más saludables durante el embarazo e infancia.

Es necesario integrar estas competencias en la formación e instrucción de los programas de salud comunitaria materno-infantil del Estado Español.

El papel del padre durante el embarazo es de vital importancia para el desarrollo del embarazo



Prevención e intervención breve en Atención Primaria

Joan Colom Farran (Subdirector general de Drogodependències.
Agència Salut Pública de Catalunya. Generalitat de Catalunya)

El consumo de alcohol es, según la OMS, el segundo factor de riesgo para la salud en los países desarrollados. Además, la mayor parte de la morbi-mortalidad asociada al consumo de alcohol se da entre la población adulta.

Entre las políticas más coste-efectivas para reducir los daños y costes asociados a su consumo se encuentran la implementación de los programas de detección precoz e intervención breve por parte de profesionales de la salud, en especial de la Atención Primaria.

En la Atención Primaria, precisamente, el mayor número de pacientes que se visitan, pertenecen a la franja de edad de >60 años. El consumo de riesgo que encontramos, según el proyecto, “Con una pregunta es suficiente para cribar el consumo de riesgo de alcohol en los centros de atención primaria de Cataluña”, es un 22% de mujeres, frente a un 25% de hombres que presentan consumo de riesgo de alcohol. Le media de consumo en la población atendida en atención primaria, es del 20%.

En Catalunya, llevamos más de 15 años trabajando en la implementación del programa *Beveu menys*, que se desarrolló en el marco del programa Colaborativo de la OMS, y que pretende proporcionar a los/las profesionales de Atención Primaria de los conocimientos y los instrumentos necesarios para hacer identificación precoz e intervenciones breves en los bebedores/as de riesgo. Durante este tiempo, además se ha prestado especial atención la prevención entre los colectivos más vulnerables como la gente mayor y las mujeres, colectivos en los que en general se infra detecta su consumo.

El objetivo final es sensibilizar a la población atendida en primaria, mediante recomendaciones específicas para cada género, sobre los riesgos del consumo de alcohol y los problemas asociados que se derivan, y disminuirlos.

El año 2002 se inició la 1ª fase de implementación del programa alcanzándose el 100% de los centros de AP mediante una estrategia de formación a través de los especialistas de la red de Centros de Atención a las Drogodependencias (CAS) de Catalunya. En la 2ª fase, iniciada el año 2006, se impulsó la estrategia mediante la creación de la red de referentes en alcohol (XaROH), formada por MF y enfermeros/as de AP, con el objeto de promover la información y formación continuada de los profesionales, el intercambio de experiencias entre sus miembros, así como inicia-

*Con una pregunta
es suficiente para
cribar el consumo
de riesgo de
alcohol en los
centros de
atención primaria*

**Mujer
y alcohol**
Symposium científico

Valencia
31 de Mayo y 1 de Junio
de 2012



Prevención e intervención breve en Atención Primaria

Joan Colom Farran (Subdirector general de Drogodependències. Agència Salut Pública de Catalunya. Generalitat de Catalunya)

tivas de investigación sobre el tema. También en esta fase se incorporan las Sociedades científicas CAMFiC y AIFICC, que juegan un papel importante en la implementación del programa.

La estrategia formativa del programa tiene 2 componentes, la formación de formadores, para mejorar los conocimientos y las habilidades de los profesionales y la formación por parte de los referentes a sus respectivos centros de AP, contando con el apoyo de los especialistas del CAS.

Resultados

Los principales resultados observados son un aumento significativo de la derivación procedente de la AP a los CAS y del cribado del consumo de alcohol en todas las regiones sanitarias.

En la actualidad la XaROH consta de más de 500 referentes en 310 ABS de toda Cataluña, un 80% del total de centros. Se ha conseguido sobretudo una mejora de la actitud de los profesionales de primaria hacia el alcohol, de los conocimientos al respecto y del uso de las recomendaciones del programa.

Conclusiones.

La implementación de programas de detección precoz e intervención breve en la atención primaria, supone un reto para el sistema de salud y requiere un cambio cultural por parte de los implicados. Los cambios se producen lentamente y empiezan por la mejora de la atención de los pacientes más graves, los dependientes del alcohol. Con el tiempo, y tras una estrategia iterativa y continuada, y la implicación de todos los profesionales y el respaldo de las sociedades se empiezan a ver cambios en la actividad preventiva de la atención primaria.

Resultando en **último termino en una detección precoz de los/las bebedores/as de riesgo y una disminución del consumo y de los riesgos asociados.**

Conclusiones

- El consumo de riesgo de alcohol es un importante problema de salud pública y está presente en más de un 20% de la población atendida en AP ya sean mujeres o hombres.
- Las IB son efectivas y coste efectivas para reducir el consumo de riesgo y los problemas asociados.
- Los/las profesionales de atención primaria son claves pero se les ha de formar, apoyar e incentivar adecuadamente para que implementen las IB de forma sistemática.
- Es preciso adaptar los criterios de intervención en el marco de una estrategia de promoción de la salud en relación al alcohol a las necesidades diferenciales tanto de las mujeres como de la gente mayor.
- Nuestro objetivo a largo plazo es alcanzar un impacto poblacional:
 - Reducir el consumo de riesgo
 - Reducir la morbi-mortalidad asociada al consumo de bebidas alcohólicas en los dos géneros y en todos los grupos de edad.



Se ha conseguido sobretudo una mejora de la actitud de los profesionales de primaria hacia el alcohol

Debate: problemas sociales, alternativas y respuestas

Medios de comunicación. Mikel Sierra Esteban. Vicepresidente Tercero de ANIS. Consultor Sénior de Estrategias de Comunicación y Marketing Farmacéutico. Madrid.

ONGs. Joseba Orueta. Psicólogo AREMI (Alcohólicos Rehabilitados Miranda del Ebro). Burgos.

Administración. Ricardo Pérez Gerada. Médico UPC Valencia.

Abogacía. Ana María Carrascosa de Miguel. Letrada del Consejo General del Poder Judicial. Madrid.

Policía local Alcoi. Salvadora LLacer. Policía Municipal Alcoi, Alicante.

Los medios de comunicación piden mucha más presión e información por parte de los profesionales implicados en el problema de las drogodependencias

Entre los aspectos tratados se vieron los siguientes aspectos:

Los medios de comunicación utilizan y se informan mucho sobre los aspectos sociales y los asuntos relacionados con la mujer y el consumo de alcohol, de una forma un poco sesgado, lo que supone que no se llame mucho la atención sobre este tema tan importante, dando más importancia a la mujer como víctima, mientras que no se trata en profundidad el tema de la dependencia y de las consecuencias de los daños que se producen en la mujer como afectada por su dependencia.

Los medios de comunicación piden mucha más presión e información por parte de los profesionales implicados en el problema de las drogodependencias que hagan una mayor presión en información de la intensidad y profundidad sobre el tema del alcoholismo femenino.

Por lo que respecta a las ONG que trabajan en drogodependencias, en especial en alcoholismo, se propone que no haya grandes diferencias entre el problema masculino y femenino a la hora de la intervención, sino



Debate: problemas sociales, alternativas y respuestas

que se trate como un problema igualitario. También se destaca que en este tipo de asociaciones, quienes más intervienen son las mujeres, especialmente las parejas de los alcohólicos, mientras que las parejas de ellas, son mucho menos presente y toman menos interés por los problemas de tipo ancestral y machista propias de nuestra cultura, de modo que por parte de ONG se solicita un cambio radical, al mismo tiempo que se debe tratar el problema conjuntamente con el de los hombres, sin hacer distinciones.

Por otra parte, la Administración local, se plantaba todos los programas preventivos, primero inespecíficos sobre el consumo de alcohol por los jóvenes, posteriormente el análisis perverso de la publicidad, a la que se trata de desmontar por parte de la administración siendo conscientes de las dificultades de llegada de los mensajes mientras que los publicistas tienen un respaldo económico, un estudio y unas técnicas muy superiores en cuanto a plantear los recursos de promoción de alcohol, además de la utilización de la figura de la mujer en dos vertientes, primero la del atractivo sexual, con posterioridad con la promoción de las mismas posibilidades de acceso al consumo que los hombres.

Por lo que respecta a la situación jurídica del problema del alcoholismo y sus repercusiones en la mujer, se hizo una valoración dentro de los sistemas jurídicos y donde se percibía quizás una mayor desventaja de la mujer con respecto al alcoholismo se veía en las cuestiones relacionadas con los malos tratos debidos al alcoholismo de sus compañeros, así como las posibles repercusiones del alcoholismo femenino en las cuestiones de custodias, separaciones, etc. Y aunque el sistema jurídico en sus diferentes vertientes, civil, penal, laboral, etc. Su tendencia es a considerar a am-

Se percibía una mayor desventaja de la mujer, respecto al alcoholismo, en las cuestiones relacionadas con los malos tratos



Joseba Orueta.



Mikel Sierra Esteban



Ana María Carrascosa de Miguel



Salvadora LLacer



Ricardo Pérez Gerada

**Mujer
y alcohol**
Symposium científico

Valencia
31 de Mayo y 1 de Junio
de 2012



Debate: problemas sociales, alternativas y respuestas

bos sexos desde el punto de vista de igualdad, como indica nuestro sistema constitucional, hay facetas en las que se hace una mayor protección de la mujer, cuando es el caso de la mujer como víctima frente al victimario.

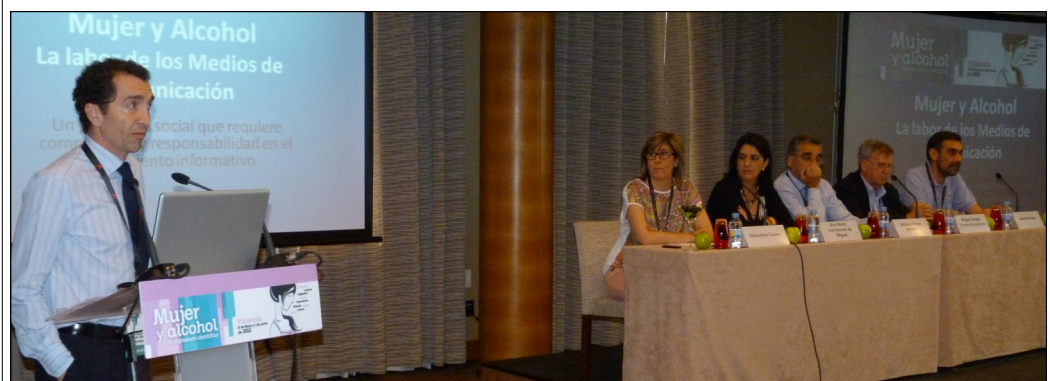
En el caso la acción de las diferentes policías, se han ido estableciendo tanto para el hombre como para la mujer diferentes aspectos: desde la cuestión del consumo de alcohol en jóvenes en la calle, así como las diferentes prohibiciones y las normas de tráfico que son igualmente aplicables tanto a hombres como a mujeres, los sistemas de policía establecen, por indicaciones judiciales, un sistema de protección y ayuda a las mujeres en los casos de alejamientos, protección de las víctimas de malos tratos, así como la facilitación de ayudas en cuanto a las situaciones de riesgo, que con mayor frecuencia se dan en mujeres con respecto al consumo de alcohol por sus parejas y la situación de riesgo que pueda suponer para ellas.

Es lógico pensar, como en el caso jurídico que las agresiones, delitos e infracciones que cometa una mujer bajo los efectos de las bebidas alcohólicas tienen las mismas sanciones y deben ser consideradas, a su vez, iguales a los hombres.



Miguel Ángel Torres Hernández

Donde se percibía quizás una mayor desventaja de la mujer con respecto al alcoholismo es en las cuestiones relacionadas con los malos tratos debidos al alcoholismo de sus compañeros





Epidemiología



Diagnóstico y clínica



Problemas específicos

A banner for the 'Mujer y alcohol' Symposium Científico. The banner features the title 'Mujer y alcohol' in large white letters on a colorful background. Below the title, it says 'Symposium científico'. To the right, there is a graphic of a woman's profile with the words 'ansiedad', 'negación', 'culpa', 'dependencia', 'silencio', 'miedo', 'duda', and 'soledad' listed next to it. At the bottom, it says 'Valencia 31 de Mayo y 1 de Junio de 2012'.



La cuestión de género: mesa redonda



Enfoques terapéuticos



Recursos específicos

Mujer y alcohol
Symposium científico

Valencia
31 de Mayo y 1 de Junio de 2012

ansiedad
negación
culpa
dependencia
silencio
miedo
soledad
duda



Aspectos preventivos



Debate: problemas sociales, alternativas y respuestas



Conferencia de prensa





16 DIARIO MÉDICO

ENTORNO

Miércoles, 11 de julio de 2012

PSICOLOGÍA **ELLAS COMIENZAN A BEBER EN UN ENTORNO SOCIAL.**

El hábito de la mujer con el alcohol se masculiniza

→ El consumo de alcohol en mujeres se ha igualado al de los hombres, lo que acarrea un abordaje distinto al que se realizaba hasta ahora. Esta es una de las conclusiones del simposio científico *Mujer y alcohol*.

Enrique Mezapala Valencia Tradicionalmente el consumo de alcohol entre las mujeres quedaba relegado al ámbito doméstico o a la clandestinidad, además de asociarse con problemas personales o psicológicos. Sin embargo, según se ha puesto de manifiesto en el simposio científico *Mujer y alcohol*, organizado en Valencia por la Sociedad Científica Española de Estudios Sobre el Alcohol, el Alcohólicismo y las Otras Toxicomanías (Sociodrogalohol), los patrones han cambiado de forma radical, enfocándose el problema en mujeres jóvenes y en el marco de un proceso de socialización. Según ha explicado a DM Francisco Pascual, miembro

de la Junta Directiva de Sociodrogalohol, médico de la Unidad de Conductas Adictivas de Alcoy (Alicante) y asesor técnico de la Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España (FARE), "antes veíamos más mujeres de mediana edad (40-50 años) que solían beber en un entorno familiar porque tenían una serie de problemas y utilizaban el alcohol como si fuese un sedante". Según Pascual, "ese perfil vivía o vive de forma clandestina su problema, sobre todo porque la sociedad ha seguido considerando este fenómeno como mal visto". En ocasiones, este proceso iba unido a fracasos matrimoniales o al síndrome del Nido Vacío, lo cual compli-

caba la situación. En los últimos tiempos se ha producido un cambio en el perfil, ya que "vemos mujeres más jóvenes, incluso de 30 años, con problemas con el alcohol". Además, otra diferencia es que "han empezado a beber en un entorno más social y amigable y, de hecho, sus problemas con el alcohol no tienen una causa psicológica previa". En este sentido, ha destacado que "la mujer va consiguiendo ir alcanzando los mismos logros que tenía el hombre y que al igualarse en derechos, condiciones de vida y tipos de consumo, lo ha hecho en lo positivo... pero también en lo negativo". De hecho, en ciertas franjas de edad, sobre todo hasta



Francisco Pascual de la Junta Directiva de Sociodrogalohol

los 20 años, los consumos de alcohol de las mujeres han superado al de los varones. Además, Pascual ha expuesto que "la mujer añosa bebía de forma más pausada, pero la joven bebe como los chicos".

Efectos y abordajes Además, "dado que la mujer tolera peor el alcohol, el tiempo entre que inicia el consumo y comienzan a aparecer los problemas es más corto, y la gravedad de los cuadros tanto a nivel psicopatológico como orgánico son mayores". También se aprecia esta tendencia al consumo de otras sustancias, aunque ese fenómeno varía en función de la edad. "La mujer más añosa es poli-consumidora de hipnosedantes, mientras que las más jóvenes, al igual que los hombres, consumen también cannabis y cocaína". Respecto a diferencias de abordaje en función del sexo y la edad, "las mujeres que hemos visto tradicionalmen-

te llegaban con más patología y problema social. Por el momento se ha visto que hacer una psicoterapia de grupo es más efectiva en estas pacientes, por lo menos en los primeros pasos (posteriormente se desarrollan otras etapas de crecimiento personal, donde ya es indiferente)". Además, Pascual ha explicado que es necesaria una intervención intensiva desde el punto de vista psicológico para averiguar "si detrás de ese consumo hay carencias personales que se tengan que trabajar, ya que si no las recaídas serán mucho más frecuentes". Asimismo es importante "realizar un enfoque de reestructuración de la forma de vida de esta persona y de trazarse unos objetivos para que vuelva a ser feliz, aunque el abordaje de las bebedoras actuales no presenta diferencias respecto a los varones y creo que deben tratarse igual y, además, juntos".

NEUROLOGÍA

Aumenta la frecuencia de esclerosis múltiple en mujeres

Enrique Urbizu Guibazar

"Acabamos de terminar un estudio en el que hemos visto que en 15 años se ha más que duplicado la frecuencia de la esclerosis múltiple, en especial en la gente joven, en torno a los 30 años", ha dicho Óscar Fernández, jefe del Servicio de Neurología y director del Instituto de Neurociencias Clínicas del Hospital Universitario Carlos Ha-ya de Málaga, en la presentación en Madrid del libro *Todo lo que se sabe siempre quisiera saber acerca de la esclerosis múltiple* y no se atrevió a preguntar, con la colaboración de la Fundación Salud 2000. Según Fernández la progresión de la enfermedad va acompañada de una mayor presencia en mujeres en comparación con los hombres "en una proporción de 3 a 1".

Causas

En el origen de la esclerosis múltiple se barajan posibles causas que abarcan desde la falta de vitamina D a la radiación solar, pasando por el cambio de la dieta, que afecta a la flora intestinal, e incluso debido al progreso industrial. En este último caso, Fernández ha indicado que "el salario,

CAMBIO EN LA PERCEPCIÓN SOCIAL

Según Francisco Pascual, de Sociodrogalohol, en los últimos años las cifras globales de consumo de alcohol "se han mantenido y parece incluso que disminuyen; pero también la gente que consume, lo hace en mayores cantidades". En su opinión, "deberíamos llegar a un consenso socio-sanitario similar al que se alcanzó con el tabaco; es decir, la sociedad y los colectivos médicos y de pacientes debían hacer un bloque en común". Así se debería "trabajar de forma positiva al informar sobre el consumo de alcohol en los

jóvenes en situaciones de riesgo: conducción, embarazo y consumo en menores... El cerebro de las personas se desarrolla hasta los 21 años aproximadamente, con lo cual deberíamos tender a que la tolerancia con el consumo de mentores lo sea cero". No obstante, ha reconocido, "esto implica un cambio en la concepción social del alcohol y reconocer que no debería considerarse como un alimento porque es mayor el perjuicio que ocasiona que el beneficio. Pero, claro, esto ya es un tema de largo recorrido".

Mujer y alcohol

Symposium científico

Valencia
31 de Mayo y 1 de Junio de 2012

ansiedad
negación
culpa
dependencia
silencio
miedo
soledad
duda

Título	Pág.
Presentación	2
Programa	3-4-5
Conferencia inaugural, <i>Mujer, alcohol y salud</i> , Julia González Alonso	6
<i>Epidemiología: alcohol y género en la Unión Europea</i> . João Augusto Castel-Branco Goulão	7
<i>Mujer y alcohol: epidemiología La situación en España</i> , Joan Ramón Villalbí Hereter	9
La realidad desde los centros asistenciales, Sandra Muñoz Guillen	11
<i>Diagnóstico específico y evaluación de los problemas del alcohol en las mujeres</i> , Teresa Bobes Bascarán	13
Complicaciones orgánicas, diferencias de género, Benjamín Climent	14
Alcohol y embarazo, Consuelo Guerri	15
Abuso de alcohol y violencia de género, Gemma Altell	16
La mujer alcohólica, víctima de su propia dependencia, Josefa Gómez.	18
<i>La familia alcohólica: dependencias afectivas</i> , Azucena Martí	20
<i>Estrategia de la OMS</i> , Manuel Ribeiro Cardoso	21
<i>Alcohol and women: EURO CARE actions for effective policies at the European and National level</i> , Tiziana Codenotti	23
<i>Proyectos de Drogodependencias en la Comunidad Valenciana, en relación con el consumo de alcohol en las mujeres</i> , Leonor Cano	25
<i>Comorbilidad psiquiátrica: mujer alcohol y alteraciones mentales</i> , Antonio Terán Prieto	26
<i>Tratamiento farmacológico del Alcoholismo</i> , Josep Guardia Serecigni	27
<i>Tratamiento psicológico de la mujer alcohólica</i> , Silvia Sttreti	30
<i>Problemas y perspectiva social. Tratamiento integral del alcoholismo en la mujer</i> , Félix Rueda López	31
<i>Unidades de conductas adictivas</i> , Ignacio Calvo Carbonell	32
<i>Centros de día</i> , Javier Romero Guasch	33
<i>Viviendas tuteladas</i> , Bartolomé Cañuelo Higuera	34
<i>Comunidades terapéuticas</i> , Mar González	38
<i>Prevención en el consumo de alcohol de las y los adolescentes</i> , Manuel Sanchis Fortea	39
<i>Prevención del alcohol y otros tóxicos durante el embarazo: experiencia en una consulta de salud medioambiental reproductiva</i> , Miguel Felipe Sánchez Sauco	44
<i>La 'bebedora social' embarazada en la Región de Murcia: perfil y resultados en la antropometría neonatal</i> , M. Martínez Aroca	48
<i>Prevención e intervención breve en Atención Primaria</i> , Joan Colom Farran	49
Debate: problemas sociales, alternativas y respuestas	51



SECRETARÍA TÉCNICA E INSCRIPCIONES

C&EVENTS SOLUCIONES

Plaza Alquería de la Culla, nº 4 Edif. Albufera Center. Of- 702.

46910 Alfafar (Valencia)

Tel: 960 91 45 45

web: www.cevents.es

SOCIDROGALCOHOL 2013

SOCIDROGALCOHOL

Avda. Vallcarca, 180

08023 Barcelona

Tel/Fax: 93 210 38 54

www.socidrogalcohol.org

NIF: G 58333428

Web:

www.socidrogalcohol.org



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

SECRETARÍA GENERAL DE POLÍTICA SOCIAL

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

XLI JORNADAS NACIONALES DE SOCIDROGALCOHOL

SEVILLA 2014

3 | 4 | 5 ABRIL

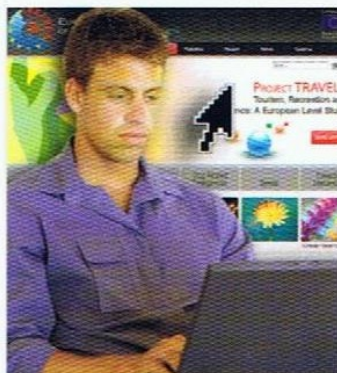
SOCIDROGALCOHOL 
Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías
www.socidrogalcohol.org



PREVENCIÓN basada en la evidencia

www.prevencionbasadaenlaevidencia.net

Proyecto de apoyo a los profesionales y responsables de políticas preventivas, para la promoción de intervenciones basadas en la evaluación y el conocimiento científico



SOCIDROGALCOHOL

Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías

Financiado por:



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD