

dependências

Set 2011

SÓ PARA PROFISSIONAIS

Conferência Internacional A sociedade civil e as políticas das dependências




**Município
de Faro distingue
João Goulão**



**Pascual Pastor:
Alcohol y
violencia**

▶ DEPENDÊNCIA



Ajudamos a encontrar a saída.

Somos pelo apoio incondicional a quem mais precisa. O Instituto da Droga e da Toxicoddependência é uma das inúmeras instituições que beneficiam dos resultados dos Jogos Santa Casa. Através da distribuição destas verbas, contribuimos para a promoção de actividades que ajudam a combater dependências e outras fragilidades da vida humana. Por isso, a solidariedade é uma aposta sempre vencedora.



Índice

Editorial	3
Conferência Internacional A sociedade civil e as políticas das dependências:	6
Congresso Famílias, Adolescentes, Drogas.....	8
C.M. Faro	13
XXIV Encontro das Taipas....	14
Comunidade Terapêutica Beco com Saída.....	16
Dia Mundial do Síndrome Alcoólico Fetal.....	18
Investigação - Pascual Pastor	20
Investigação - Begonia Garcia Galarza.....	26
Investigação - Olga Furriel de Souza Cruz. .	27
Açores.....	28
UNODC.....	29
Opinião	30

FICHA TÉCNICA:

Propriedade, Redacção e Direcção:
 News-Coop - Informação e Comunicação, CRL
 Rua António Ramalho, 600E
 4460-240 Senhora da Hora
 Matosinhos
 Publicação periódica mensal registada no ICS com o nº 124 854.
 Tiragem: 12 000 exemplares
 Contactos: 22 9537144
 91 6899539
 info@dependencias.pt
 www.dependencias.pt

Director: Sérgio Oliveira
 Editor: António Sérgio
 Colaboração: Mireia Pascual
 Produção Gráfica: Ana Oliveira
 Impressão: Ginocar
 Produções, S.A.



E por que não mudar o discurso?

Alguns políticos afirmam hoje convictamente que o importante é cortar no défice... Outros que, com a elevada taxa de desemprego, nunca sairemos da crise. E até já ouvi alguns senhores da alta-roda dizerem que isto é uma república das bananas.

De quando em vez lá aparecem os banqueiros a dizer que vão deixar de emprestar dinheiro, quando foram os incentivadores ao crédito desmesurado, porque é disso que vivem... São idiotas a mais com ideias a menos! Senhores confessos que da sua dotada sabedoria, passaram a críticos do trabalho dos outros, mas quando chamados a resolver as coisas, ou estão indisponíveis, ou não têm, ou não apresentam soluções viáveis... Mas se condenar e criticar é o mais fácil, convém não esquecer que alguns desses “doutos” já por lá passaram e o resultado está bem à vista: foram um desastre! São, na verdade, uns incapazes!

Confesso que estou farto de ouvir, ler e ver tanto idiota, ignorante e, cumulativamente, parvos vendedores de “sonhos” e da solução dos problemas, que falam em bicos de pés, donos da supra inteligência. A paciência tem limites, e não é preciso ser “formado” em economia para saber ao que vêm e o que querem esses senhores. Não sou economista, político e, muito menos, comentador. Sou um vulgar cidadão, pagador de impostos e, felizmente, auto-empregado e orgulhoso de pertencer a um pequeno grande país, que tem entre outros José Saramago, Prémio Nobel da Literatura, Maria João Pires uma das mais notáveis pianistas do mundo, homens e mulheres das artes reconhecidos internacionalmente, como Paula Rego, Júlio Pomar, Maria Helena Vieira da Silva e João Cutileiro, e notáveis arquitectos, como Sisa Vieira e Souto Moura. O cientista e investigador, Manuel Sobrinho Simões; António Damásio, cientista de renome internacional. E quantos milhares de portugueses espalhados pelo mundo que nos honram e representam pelo seu trabalho. E isto para não falar da história e da cultura de um Povo, que descobriu e deu mais mundo ao mundo. Não quero deixar de enaltecer os feitos gloriosos de homens e mulheres que souberam construir um país em democracia, que fizeram uma revolução pacífica, que sabem viver em defesa de valores e princípios, e respeito pela liberdade e igualdade de direitos. Este sim é o meu povo e o meu país, que em nada se identifica com a maledicência, a ignorância e os pobres de espírito que, lá do pequeno pedestal em que os colocaram, ainda um dia cairão de podre pelo mal que nos querem causar. E, já agora que estamos em crise, calem-se e deixem-nos em paz!

Sérgio Oliveira

Um só “palco” para a prevenção, redução de riscos e tratamento



A cidade de Coimbra reforçou, de 30 de Setembro a 1 de Outubro, o papel de cidade multicultural e do conhecimento, ao acolher a Conferência Internacional Sociedade Civil e as Políticas das Dependências. Este terceiro seminário de treino de pares decorreu na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e foi co-organizado pela euro-TC (European Treatment Centers for Drug Addiction), pelo IREFREA (European Institute of Studies on Prevention) e pela conimbricense Associação Existências. Contando com mais de uma centena de profissionais interessados e intervenientes na temática dependências oriundo de diversos países europeus, o evento teve o condão de reunir técnicos das áreas da prevenção, do tratamento e da redução de riscos. Mais: a organização, ao contrário do que é costume, contou mesmo com representantes destas três áreas de missão e privilegiou a participação de instituições da sociedade civil. No que concerne a conteúdos, o principal destaque vai para a apresentação de modelos de intervenção e de projectos de investigação-acção em contextos recreativos. Diversos profissionais portugueses e de outros países europeus apresentaram algumas novidades nesta área, incidindo essencialmente nas áreas da prevenção e da redução de riscos. Por outro lado, e dada a massiva presença de membros do euro-TC, foi possível conhecer diferentes modelos de intervenção terapêutica praticados em centros de tratamento, novas tendências e abordagens, em países como a Eslovénia, Áustria, Bélgica, Alemanha, Suíça ou Ucrânia.

A definição de políticas na área das dependências e o quase inexistente apelo à participação da sociedade civil no desenho das mesmas foi outro tema em destaque, bem presente logo na primeira sessão de trabalho da conferência. Paulo Anjos, da Associação Existências, referir-se-ia ao tema, referindo que, “em Portugal, a participação das ONG na definição das políticas de dependências tem sido muito limitada”, constatando que “a sociedade apresenta lacunas ao nível do envolvimento em acções de cidadania”, justificando a observação com uma democracia ainda recente e com uma certa apropriação do Estado no que concerne à definição de áreas e prioridades de intervenção.

No entender deste responsável por uma organização da sociedade civil

de Coimbra, “existem dificuldades evidentes para a sociedade civil se organizar e mobilizar de forma autónoma”. Facto que advém da referida dependência financeira das ONG relativamente ao Estado, o que acaba por resultar num “factor redutor da capacidade reivindicativa”. Algo relacionado com a “vocação do Estado português para comprador de serviços”, o que depois se materializa numa prática instituída, em que “o IDT é que define as áreas instrumentais e territoriais” e da qual resulta que “projectos e acções que não se enquadrem nesses domínios definidos não sejam passíveis de financiamento, ainda que o seu interesse seja evidente”.

A tendência para eleger públicos-alvo utilizadores de drogas injectáveis resultou, de acordo com Paulo Anjos, numa tendência marcadamente assistencialista, presente desde o início destes projectos.

Paulo Anjos apontaria ainda a “escassez de relações em rede e o fraco investimento em sinergias colectivas”, bem como a “dificuldade de exteriorização da imagem” como pontos fracos das organizações da sociedade civil portuguesas.

Como soluções, o técnico aponta uma “maior articulação entre as ONG, o Estado e projectos de intervenção, um maior equilíbrio na definição de políticas e áreas prioritárias de intervenção e no reconhecimento da acção das ONG”. Paralelamente, sugere o “envolvimento dos parceiros sociais na definição da estratégia nacional, a par de uma responsabilização das ONG pela adopção de eventuais deficientes estratégias”. “Parcerias sustentadas numa base simétrica e a possibilidade de financiamento em áreas não definidas como prioritárias”, bem como “uma maior capacidade das ONG para captar financiamentos” foram outras orientações apontadas por Paulo Anjos, que apelaria ainda ao envolvimento dos utilizadores e destinatários na definição dos projectos”.

Dependências marcou presença no evento e entrevistou dois dos responsáveis envolvidos na organização: o presidente da euro-TC, Thomas Legl, e Paulo Anjos, da Associação Existências. O resumo das comunicações poderá ser consultado no site da euro-TC e será ainda compilado pelo IREFREA em brochura.

Este terceiro seminário de treino de pares decorreu na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e foi co-organizado pela euro-TC, pelo IREFREA e pela conimbricense Associação Existências.



Thomas Legl, Presidente do euro-TC, e responsável do Centro de Tratamento de Knappenhof, Áustria



Em que consiste e quais são os domínios de intervenção do euro-TC?

Thomas Legl (TL) – O European Treatment Centers é uma entidade que actua em rede com os centros europeus de mais alto nível, a maior parte dos quais orientados para a abstinência e que oferecem tratamento residencial mas que está igualmente relacionada com aquelas estruturas que prestam tratamentos de substituição ou qualquer tipo de acções e actividades orientadas para a área das dependências. O nosso objectivo reside na troca de experiências, na avaliação e aprendizagem mútua, para que possamos desenhar a melhor estratégia a nível europeu.

Existe algum centro português representado no euro-TC?

TL – Sim, existe uma pequena comunidade terapêutica, a Lua Nova, que sofre constantemente problemas económicos. Nesse sentido, também constatamos que a situação destes centros de tratamento é muito diversa por toda a Europa, apesar de, actualmente, face à crise económica, haver problemas por toda a parte, sendo que o financiamento constitui para todos uma espécie de incógnita relativamente ao futuro. Sabemos que, em certos países, existem centros estatais e que, noutros, o tratamento e as diferentes abordagens são apenas asseguradas por ONGs. Os nossos membros são fundamentalmente centros privados de tratamento pertencentes a ONGs, a maior parte dos quais beneficia de suporte estatal, o que contrasta com outros nossos membros de países não pertencentes à União Europeia, como os da Bósnia Herzegovina ou da Ucrânia, onde é muito mais difícil assegurar as bases necessárias para oferecer um tratamento pelo menos razoável.

Como funciona o tratamento no seu país, a Áustria? O Estado participa-o?

TL – Na Áustria, os serviços sociais pagam o valor total do tratamento prestado em comunidades convencionadas. Apenas se os pacien-

tes usufruírem de posses poderão participar nesse pagamento mas, como normalmente isso não se verifica, o tratamento é totalmente participado. Alguns centros de tratamento têm uma espécie de contrato com serviços governamentais, o que varia de região para região, mas diria que o tratamento residencial está efectivamente disponível, tal como o tratamento de longo termo, em que os pacientes podem ficar até aproximadamente um ano e beneficiar de boas possibilidades de after care, o que nem sempre acontece em todos os países europeus.

Quais são os principais consumos sinalizados na Áustria?

TL – No que concerne a este tipo de tratamentos residenciais, os principais consumos são de heroína ou opiáceos. Muitos deles estão em tratamentos de substituição mas também se constata que fazem poli consumos de heroína e morfina de acção retardada. Mas o grande problema é o crescente consumo de benzodiazepinas, o que está a produzir grandes danos na saúde física e psíquica dos pacientes. Estes poli consumos também incluem um aumento do recurso à cocaína por parte destes utilizadores, bem como o abuso de álcool.

No Centro de Tratamento de Knappenhof, na Áustria, onde trabalha, também tratam a dependência de álcool?

TL – O meu centro é um caso muito especial: trata-se de um centro privado, que não é suportado pelo Estado Funciona como uma espécie de centro misto, para doenças psicossomáticas e todas as dependências. Assim, temos alcoólicos, doentes com dependências sem substâncias, como adição ao jogo, desordens alimentares ou dependentes dos novos media mas igualmente pessoas com depressões... Portanto, há um mix de públicos mas que resulta num efeito muito positivo e também num ambiente muito bom. É uma clínica hotel privada e, em sete anos, apenas três pacientes abandonaram o programa, o que significa que temos uma excelente taxa de retenções.





Os programas de substituição com metadona e buprenorfina estão disponíveis na Áustria?

TL – Temos todas as substâncias de substituição disponíveis, o que significa que temos metadona, buprenorfina e morfina de acção retardada. O que não temos, ao contrário de outros países, são programas controlados de heroína, o que também não me parece necessário tendo nós morfina de acção retardada. Existe uma discussão acerca da disponibilidade das substâncias de substituição no mercado negro, especialmente das morfina, mas o que devemos considerar são as mais elevadas taxas de retenção dos pacientes em tratamento e as menores taxas de poli consumos com este tipo de substância. Ao contrário do que sucede com a metadona, uma substância em que as taxas de poli consumos são superiores, uma vez que os efeitos não são tão concordantes com as expectativas dos utentes. Por outro lado, também sabemos que as morfina de acção retardada e a buprenorfina são substâncias mais dispendiosas do que a metadona... Mas a verdade é que os utentes em buprenorfina são os que apresentam melhores resultados, que demonstram mais competências para a reabilitação social e integração profissional. Já com a metadona, os resultados obtidos ao nível da reinserção não são tão positivos e a morfina de acção retardada afigura-se como a solução mais concordante com as necessidades e sensações esperadas pelos utentes relativamente à substância.

Como é que a sociedade austríaca encara os utilizadores de drogas? Estigmatiza-os, como muitas outras, ainda conservadoras e discriminatórias a este nível?

TL – Sim, como acontece um pouco por todo o lado... E ainda persiste a divisão entre legal e ilegal, sobretudo quando sabemos que a principal droga é a nicotina. Ainda assim, além da Grécia, a Áustria afigura-se como um dos países onde ainda não existem leis restritivas, pelo menos significativas, em relação ao consumo de tabaco. Pelo contrário, os utilizadores de drogas ilegais são “bem-vindos” à

estigmatização, ignorando-se os seus verdadeiros problemas. Mas, fruto da implementação dos programas de substituição, vamos assistindo a alguma mudança, até porque os utilizadores aderentes a este tipo de programas vão saindo dos locais escondidos, recorrem às farmácias, a locais mais “integrados” e, assim sendo, vão sendo cada vez menos vistos como um perigo para a sociedade. Mas continua a existir estigmatização.

Como avalia o modelo português da descriminalização?

TL – Considero-o perfeito mas tenho que admitir que já se passa praticamente o mesmo na Áustria há muitos anos... Mudou um pouco com a ascensão ao poder de um Governo conservador mas o simples uso de drogas ilegais há muito que não é punido pela lei. Na prática, acaba por haver igualmente uma descriminalização do uso. O que me agrada no modelo português é o facto de terem sido incluídas na coordenação nacional para as drogas, substâncias legais como o álcool. Não faz qualquer sentido que uma estratégia sobre dependências distinga entre drogas legais e ilegais e o caminho da descriminalização parece-me o melhor para lidar com o problema. Actualmente, temos grupos de lobby e de utilizadores a favor da legalização e da criação de um mercado controlado mas a minha opinião é que isso não é de todo necessário. Aposto no sentido da descriminalização e no incremento da qualidade dos programas de substituição. Claro que devemos evitar ter consumidores de drogas penalizados, na prisão ou em qualquer estrutura do domínio da justiça mas também me parece que tal já não acontece na maioria dos países europeus com muita frequência...

Acerca do Congresso... não é muito habitual juntar prevenção e tratamento...

TL – Não me parece... A rede euro-TC é diferente. Entendo que a área do tratamento, em muitos países, insista demasiado na abstinência e não se identifique muito com o que os outros profissionais de áreas distintas fazem mas nós tentamos instituir laços de ligação entre os diversos eixos de intervenção. Muitos dos nossos membros também trabalham em prevenção e na redução de riscos e, como estratégia global e concertada, não me faz sentido estar a proceder a divisões. E ao nível da euro-TC, também trabalhamos de forma integrada na construção de um paradigma europeu que promova a implementação de políticas e programas integradores. Especialmente com o IRE-FREA, temos uma história longa de amizade e de trabalho em conjunto, que inclui diversas avaliações. Diria que a minha missão passa por assegurar que todos os diferentes parceiros actuem cada vez mais em conjunto. E o tratamento funciona muitas vezes em simultâneo ou até como uma espécie de teatralização da prevenção, uma vez que o nosso trabalho já é realizado numa fase tardia e, quanto melhor funcionar a prevenção, melhor será para nós, e vice-versa.



Paulo Anjos, Associação Existências



Como avalia a organização e realização da Conferência?

Paulo Anjos (PA) - A meu ver, a organização e a realização da Conferência decorreram de uma forma bastante positiva. A participação na organização destas Instituições (IREFRA, Euro-TC, Escola Superior de Enfermagem e Associação Existências) é a prova que é possível criar sinergias que permitem desenvolver um trabalho adequado maximizando os recursos de cada uma das Instituições.

Por outro lado, ficou demonstrado que é possível juntar, num único evento, especialistas de diversas áreas de intervenção, oriundos de diversos países europeus que partilharam um conjunto vasto de saberes e de formas de intervenção.

Quanto ao tema, de que forma avalia a participação da sociedade civil na definição das políticas das dependências?

PA - A participação da sociedade civil na definição das políticas das dependências está bastante condicionada. Este condicionamento decorre essencialmente de dois factores: O primeiro está relacionado com o papel desempenhado pelo Estado e pelos organismos estatais que, de uma forma mais ou menos consciente, têm controlado a participação da sociedade civil na definição dessas políticas. O segundo factor está relacionado com as dificuldades demonstradas pela sociedade civil de organização interna e externa, o que tem condicionado a assunção de um papel mais activo e reivindicativo junto do Estado, de forma a participar de uma forma mais activa.

O futuro tem de passar necessariamente por uma maior participação da sociedade civil na definição das políticas das dependências, tanto ao nível do papel que o Estado desempenha e permite à sociedade civil desempenhar, como, também, na capacidade da sociedade civil de se organizar, de forma a dar voz às pretensões.

Que principais conteúdos destacaria ao longo destes três dias de trabalho?

PA - O maior destaque ao nível dos conteúdos vai, porque essas são as áreas

com as quais tenho uma maior relação, para a prevenção e para a redução de danos. Posso nomear, a título de exemplo, as intervenções efectuadas por Gregor Burkhart (EMCDDA/OEDT), de Mariangels Duch e Montse Juan (IREFREA Espanha) e de Stephane Leclerque (ABD Barcelona). No entanto, devo destacar a capacidade de se ter efectuado uma abordagem integradora das diversas áreas de intervenção na área das dependências.

Em que medida poderá a participação concertada neste evento de duas áreas que raramente se acompanham, a prevenção e o tratamento, abrir novos horizontes de intervenção para o futuro?

PA - A meu ver, o caminho a percorrer no futuro nesta área de intervenção passa por, cada vez mais, efectuar uma participação concertada dessas duas áreas. Não me parece razoável que cada uma das áreas efectue intervenções de uma forma isolada, de costas voltadas muitas vezes. Qualquer uma das áreas tem imenso conhecimento a transmitir à outra e a criação de sinergias entre elas poderia potenciar a intervenção de ambas.

Que expectativas mantém o líder de uma organização da sociedade civil relativamente ao futuro (indefinido) da intervenção em dependências e outras áreas que envolvam factores de risco em Portugal?

PA - O futuro está obviamente condicionado pelas condições económicas que irão reduzir consideravelmente os recursos disponíveis e que vão também implicar alterações consideráveis na organização das Instituições que compõem a sociedade civil e nos organismos estatais que regulam e intervêm nestas áreas. Assim sendo, tanto o Estado como a sociedade civil têm de procurar novas formas de garantir a sua intervenção, sobretudo ao nível da angariação de recursos económicos e humanos. Por outro lado, o Estado tem de recorrer à sociedade civil de uma forma que coloque a intervenção de ambos num patamar de maior igualdade, de forma a criar sinergias que permitam intervenções adequadas. De qualquer forma, este vai ser um processo que, nos próximos anos, vai ser muito difícil, porque a realidade económica vai colocar um conjunto de dificuldades a todos os agentes envolvidos neste processo, para as quais quase ninguém está realmente preparado.



“A realidade dos consumos de drogas está caracterizada pelo policonsumo”



No acto inaugural, Sua Majestade a Rainha de Espanha acompanhada por Patxi López do Governo Vasco; A Ministra da saúde, política social e igualdade, Leire Pajín; o reitor da universidade de Deusto, Jaime Oraá; o presidente da FAD José Ángel Sánchez Asiaín; o alcaide de Bilbao, Iñaki Azkuna; e o director geral da FAD Ignacio Calderón.

Na sua intervenção, depois de felicitar a FAD e o Instituto Deusto de Drogodependências, já que ambas as instituições celebram este ano o seu 25º aniversário, Lehendakari apelou ao esforço comum para trabalhar a prevenção já que na sua opinião “é a melhor maneira de antecipar-se aos problemas”. Patxi López assegurou que “a prevenção começa nas famílias, mas acaba implicando o resto da sociedade: ONG, instituições formativas, administração local, etc. no final compromete todos e cada um de nós”. Quanto a situação do consumo de drogas no País Vasco, el Lehendakari afirmou que segundo os dados de Euskadi Drogas 2010, “as coisas estão-se fazendo bem e temos dados positivos, mas não podemos negar que também temos problemas e que a situação continua preocupante”. Designadamente quanto ao consumo da cannabis.

Por seu lado a Ministra da saúde Leire Pajín alertou para que a sociedade “não banalize o consumo de drogas” já que na sua opinião “não é tolerável”. Segundo o seu ponto de vista, “a realidade dos consumos de drogas está caracterizada pelo policonsumo, a acessibilidade, o consumo recreativo e a baixa percepção do risco”; mas o verdadeiro é que as drogas “integraram-se nos nossos estilos de vida e num marco de normalização, o que não quer dizer aceitação”.

Segundo a ministra, “devemos reforçar a mensagem de que, o consumo de drogas tem efeitos adversos”. Por último desafiou os presentes a rever de forma crítica os problemas derivados dos consumos porque temos de ser mais eficazes” e assegurou que devemos fazer “uma aposta inequívoca nos programas de prevenção. Por seu lado, o reitor da Universidade de Deusto, Jaime Oraá, começou na sua intervenção por falar da criação do Instituto Deusto de Drogodependências, e da formação de largas dezenas de profissionais, e do compromisso com a FAD pela educação nesta importante área de intervenção.

Finalmente o presidente da FAD, José Ángel Sánchez Asiaín, referindo-se aos 25 anos, afirmou “que todos sentimos a necessidade de uma reflexão crítica perante as mudanças sociais que se estão a produzir. Tanto a família como a sociedade estão a viver uma profunda transformação”. Sanchez Asiaín também analisou a actual situação de passividade social perante o fenómeno e os problemas das drogas. Segundo o presidente da FAD “vivemos uma situação de passividade social em que se está a produzir um dismantelamento das estruturas preventivas que estavam em marcha”. Em todo o caso há que continuar, “Não estamos sós na FAD”. Todos somos indispensáveis para resolver os problemas do presente”. Para nos falar um pouco mais sobre o Congresso Famílias, Adolescentes, Drogas, evento que decorreu de 28 a 30 de Setembro, em Bilbao, Dependências entrevistou o Director-Geral daquela instituição e regista ainda os resumos de algumas das comunicações apresentadas, na língua falada naquele encontro, subordinado às famílias, aos estilos de vida juvenis e aos consumos de drogas.

“Antes, as drogas marginalizavam; actualmente, integram”

Ignacio Calderon



O que mudou ao longo dos últimos 25 anos, desde que a FAD iniciou a sua intervenção ao nível da prevenção das dependências?

Ignacio Calderon (IC) – O fenómeno alterou-se de uma forma absoluta! Mudou o fenómeno porque também mudou a sociedade. Quando, em 1985, nasceu a FAD, o que se verificava em Espanha era um consumo de heroína que alarmou profundamente a sociedade porque transmitia uma imagem profundamente degradada dos consumidores, com uma visão muito perversa de uma tremenda degradação física, de gente que vivia na rua e que, por acréscimo, originava uma delinquência significativa. E este último aspecto parece-me fundamental, na medida em que se produziam muitos delitos por parte de consumidores de heroína, que necessitavam de dinheiro para poderem pagar os seus consumos. A isso se juntou o surgimento da Sida e os meios de comunicação, 90 por cen-

“En Perú hay alrededor de 50.000 familias directa o indirectamente vinculadas a la producción de hoja de coca, cuya utilización se destina en un 90% a la fabricación de cocaína y sólo en un 10% a su uso tradicional”

to das notícias que publicavam sobre consumos de drogas, neste caso sobre consumidores de heroína, tinham a ver com delitos: assassinatos, roubos em supermercados, assaltos nas ruas... Então, a sociedade ficou com a ideia de que drogas era igual a isso. Face a essa realidade, que provocou um enorme alarme social e uma petição de cariz urgente, os responsáveis políticos reagiram em colocaram em marcha uma estrutura de resposta, criando o Plano Nacional Sobre Drogas, em 1985. Nós, desde a sociedade civil, aparecemos em 1986, e criou-se um desenvolvimento de índole nacional, presente em planos regionais e municipais com o intuito de fazer frente ao fenómeno, algo que a sociedade exigia mas sem saber muito bem o que fazer. A única certeza que tinham era a de que se tratava de substância externa à nossa cultura, que vinha de fora e que colocava a sociedade em risco. A partir daí, criou-se um discurso muito cinzento, de sofrimento, os jovens que se tornassem dependentes morreriam... algo enormemente satânico. Aí, entrámos todos a funcionar de acordo com essa realidade. E a FAD, graças à colaboração com os meios de comunicação, colocou em marcha um programa de sensibilização social. Até hoje, já produzimos 37 spots distintos com mensagens dirigidas à sociedade mas, naquele momento, o que pretendíamos era tranquilizar e sensibilizar a sociedade, garantindo que já estavam a ser mobilizadas entidades e implementadas respostas institucionais para fazer frente a esse fenómeno que tanto assustava e que ninguém parecia saber muito bem como enfrentá-lo. E o que emerge é uma realidade dos consumos de drogas vinculada ao mundo do ócio, da diversão, ao mundo jovem, como uma parte dos estilos de vida que os jovens adoptam num país como este, em que o ócio se encontra muito concentrado em fins-de-semana intermináveis.

E de que drogas fala quando se refere a esses contextos?

IC – Estou a falar, primeiro, do álcool, que é a primeira substância utilizada neste tipo de diversões de fim-de-semana, estou a falar da cannabis, da cocaína e de drogas de síntese. Estes são os quatro elementos que os jovens utilizam para poderem estar sete ou oito horas em diversão em

cada fim-de-semana. No caso do álcool, há que salientar o facto de se tratar de uma substância com que a sociedade se identifica perfeitamente porque está culturalmente integrada na nossa vida; já face à heroína, a sociedade revelou enormes dificuldades de identificação. Por isso é tão difícil associar o álcool àquilo que catalogamos como drogas. Mas, efectivamente, trata-se de uma substância que representa uma enorme problemática neste país. Converteu-se num produto de acompanhamento num fenómeno de ócio dos jovens, surgindo como produtos de consumo totalmente normalizados. Mais: são consumos que não degradam as pessoas nem as convertem em marginais. Aliás, há uma expressão técnica muito boa que diz que antes, as drogas marginalizavam e, actualmente, integram. E é difícil um jovem ter personalidade suficiente, neste contexto, para poder dizer: eu não quero consumir. Parece-me muito fácil e preocupa-me que haja muita gente jovem que consuma sem querer fazê-lo. Nas investigações que realizamos, uma das coisas que os jovens dizem é que o único risco que não podem permitir-se é o da exclusão. Que os seus pares os excluam do grupo por o seu comportamento não ser igual aos demais. Daí que comecem a consumir em idades muito precoces. Em Espanha, a idade média de início de consumos são os 13 anos. Estamos a falar de crianças que abandonam a tutela familiar e se encontram em grupos de pares que se pretende assumir como adultos e, nesse mesmo momento, aparece uma substância que te pode ajudar a desinibir-te, a fazer como os demais, a demonstrar que não tens medo... com uma personalidade muito pouco madura e trabalhada. E este tipo de consumo cresceu enormemente em número, comparado com o consumo de heroína, mas perdeu muitíssimo na visão social porque nem há delinquência nem visibilidade dos problemas que este fenómeno origina. E o que tentamos transmitir é que os problemas relacionados com drogas não são exclusivamente sanitários; que há outros muito importantes do tipo social, como o fracasso escolar, violência, acidentes, desintegração pessoal e familiar, entre muitos outros.

E ter-se-á a família colocado à margem deste problema?





IC – Os jovens têm os mesmos valores que os adultos e estes, se quiserem, os adultos têm os mesmos valores que os jovens... A família é o agente externo fundamental da educação e é o elemento chave para o fazer desde o momento em que o bebé nasce. Em 1990 realizámos um spot para televisão que se revelou um grande escândalo social mas que criou uma alteração profunda: um berçário, onde existiam bebés de ambos os sexos que gatinhavam, e a professora lhes dizia que, naquele dia, iam fazer um jogo e pedia: “alcoólicos” para a direita, “cocainómanos” para o meio e “pastilhados” para a esquerda; e os bebés lá se iam colocando... Isto criou um impacto enorme nas pessoas talvez porque não escutavam o que dizia o slogan: ninguém nasce alcoólico, cocainómano ou pastilhado. Mas podem chegar a sê-lo. A educação é tudo! Queríamos dizer aos pais que têm que se ocupar da educação dos seus filhos desde que nascem. Uma educação em valores, que não quer dizer falar numa parafernália de drogas – isso é uma estupidez – mas sim construir-lhe uma personalidade absolve, no que toca aos limites, às normas, à capacidade de análise, crítica, etc., que lhes permita que, quando abrirem a porta aos 30 anos e saiam à rua, tenham muitas mais possibilidades de decidirem o que querem decidir e não que os outros decidam por si. Acontece que tal exige conhecimento, formação e esforço. E a família nem está preparada nem tem, em muitas ocasiões, essa disposição. E o que tenta é delegar na escola essa tarefa e exigir ao professor que trate de educar os seus filhos pois é para isso que é pago. Mas a família não é substituível. Pode ser complementada pela escola mas nunca pode ser suprida. E quantos pais não vemos sem saber o que fazer quando a sua filha lhes diz que pretende sair aos 14 anos com as amigas até às quatro da manhã? E se estamos perante pais que nunca lhe disseram nada nem a prepararam, que mais haverá a fazer do que dizer-lhe que se portem bem e que, caso aconteça algo, não hesite em chamá-los pois logo acorrerão em seu auxílio? Há que prepará-los até porque se trata de um território muito difícil e complexo – estamos a falar de pré-adolescentes – com toda a problemática psicológica que tal representa; gente insegura, com uma auto-estima baixa, que pretende demonstrar que já é adulta e que se encontra sujeita a estímulos de vários quadrantes.

Depois de 25 anos a intervir no eixo da prevenção, poder-se-á falar hoje na emergência de uma base científica, com parâmetros como a investigação e a avaliação?

IC – Sem dúvida que sim, mas não apenas isso. Por ocasião dos nossos 25 anos, elaborámos um novo modelo de intervenção, no qual alterámos inclusive a visão da FAD. Visão que contempla hoje a prevenção dos consumos e de outras condutas de risco para prevenir o desenvolvimento pessoal e social dos adolescentes e jovens. O consumo de drogas e outras condutas constituem factores de risco para o desenvolvimento destas populações e acreditamos que há que centrar muito mais o foco na pessoa e não na substância. A substância já conhecemos, a informação é cada vez mais difundida e absorvida... Fundamental é analisar

“Todavía no hay un debate serio y sereno en España ante la ya más que evidente deriva y consolidación del modo de beber mediterráneo hacia el modelo nórdico”.

a pessoa, as suas necessidades, os seus valores, por que consome... toda essa realidade do mundo adolescente. Não só para entrar por uma via preventiva limitando aqueles campos que os levam a consumir mas promovendo os outros caminhos que actuam como factor de protecção. Um país que tem 50 por cento de desemprego está perante um factor de risco cuja duração não podemos prever... Estamos num país cujo primeiro emprego está nos 28 anos, a emancipação das famílias nos 31 e 50 por cento de desocupação juvenil, tudo factores muito importantes a contemplar quando falamos de comportamentos juvenis. E, no seio desses comportamentos, as drogas também estão sempre presentes. Há que trabalhar para criar uma capacidade pessoal de resposta, uma personalidade absolve, uma capacidade crítica... Há que conseguir que amadureçam antes que tenham que tomar decisões que exigem maturidade.

O que esperam os responsáveis da FAD do Congresso Famílias, Adolescentes, Drogas, de 28 a 30 de Setembro, em Bilbao?

IC – Como é público, a conferência terá um enfoque particular sobre os temas da família, a importância dos avós, os papéis do género, a forma da comunicação... são especialistas que vão dar a sua opinião, promover e enriquecer o debate e favorecer a reflexão. Face à velocidade com que se produzem alterações neste fenómeno, acreditamos ser fundamental esta partilha para que sejamos capazes de tomar medidas atempadas. Não podemos estar constantemente a reagir perante o fenómeno. Temos que antecipar determinadas tendências de forma a travá-lo. O tema família vai ser tratado por um especialista que vai falar da mesma como instituição fundamental, não só do ponto de vista educativo como também como núcleo básico da sociedade e como a família se tem vindo a afectar por toda esta evolução. A par, dissertaremos sobre certas determinantes como a crise económica que se vive actualmente e que influencia também o papel da família e teremos ainda a oportunidade de conhecer a perspectiva de 40 jovens espanhóis, que participarão na Conferência, onde apresentarão as suas conclusões. Quando criámos o Centro Rainha Sofia de Análises de Adolescentes e Jovens, foi precisamente com a intenção de conhecer a realidade dos mesmos em toda a sua profundidade. Porque sabemos que a única maneira de incidir sobre os estilos de vida e de chegar aos jovens é com propostas e ofertas que eles possam entender e pretender e experimentar os seus canais de comunicação, que são os únicos que eles admitem e, inclusive, utilizar os seus próprios interlocutores, mediadores sociais que possam entrar no seu mundo restrito. Tratam-se de estratégias de comunicação que há que analisar. Mais: estamos a modificar o discurso. Não é verdade que quase todos os jovens consumam drogas ilegais. O consumo de drogas é minoritário. Existem percentagens altas no álcool mas o discurso social levou a uma espécie de estigmatização dos jovens, num discurso perigosíssimo. Pretendemos romper com esse discurso e vamos então falar sobre os jovens sob uma perspectiva positiva.

“En Bolivia no se ha logrado disminuir la producción ni los efectos ambientales de la hoja de coca en 23 años”

“Ha sido unánime la crítica a los medios de comunicación que “sólo asustan y exageran la situación”, mostrando una imagen de los jóvenes muy distorsionada”

Drogas e sociedade hoje

João Goulão



El consumo de sustancias psicoactivas en varios países europeos, incluyendo España y Portugal, estuvo en las décadas finales del siglo XX y principios del siglo XXI marcado por la importancia de la heroína, cuyo uso estaba estrechamente asociado a fenómenos de marginación y exclusión; teniendo un enorme impacto en la salud física y mental de varias generaciones, cuyas consecuencias aún perduran. Sin embargo, desde mediados de la década de los 90, a esos contextos se suma uno nuevo, más ligado al ocio, al uso recreativo de sustancias, con el objetivo de potenciar el placer que se puede disfrutar en un ambiente de diversión. En estos contextos ganan importancia, además del cannabis, sustancias como la cocaína, el éxtasis y muchas otras, más o menos nuevas, algu-

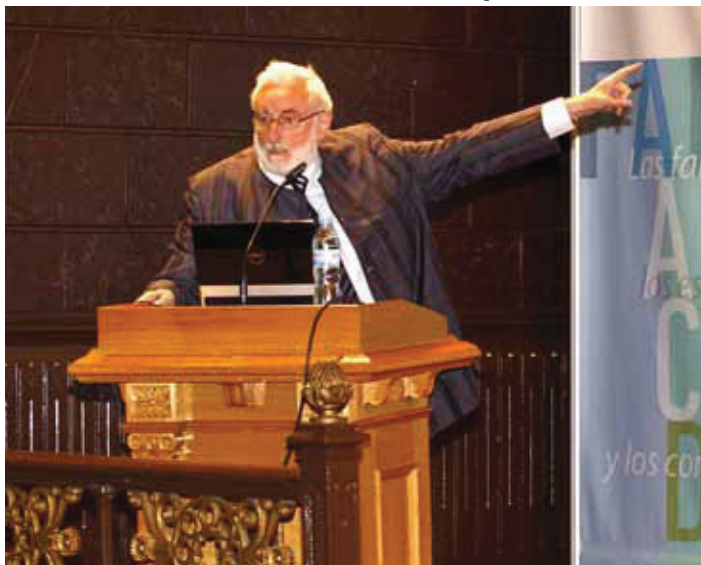
nas resultantes de pequeñas alteraciones de moléculas conocidas, que se escapan del control que los estados buscan ejercer. Como telón de fondo de estos consumos está casi siempre presente el alcohol, de lejos la sustancia más consumida y que continúa gozando de enorme complacencia social. Hoy podemos decir que el fenómeno de la adicción está disminuyendo en nuestros países, que no es sinónimo de decir que el consumo de drogas está disminuyendo, se utilizan de una forma más “utilitaria”, buscando efectos que se conocen, la combinación de ellos de acuerdo a las sensaciones que quieren disfrutar. En la actualidad existe mucho más conocimiento por parte de los usuarios sobre los efectos de las sustancias, muchas de ellas utilizadas de forma simultánea o sucesiva, combinando sustancias legales e ilegales. Por lo tanto, un enfoque centrado en la situación jurídica de las sustancias resulta ser cada vez menos eficaz; poner el punto de partida en la Salud Pública parece tener mucho más sentido. Estas son las opciones que son frecuentes en nuestros dos países. Sin embargo, la situación económica y social en que vivimos va a lanzar nuevos desafíos; más ciudadanos van a recurrir a las sustancias intentando mitigar el sufrimiento que les causan las dificultades; más personas con problemas buscan el pequeño tráfico como una actividad que les permita sobrevivir; menos recursos estarán disponibles para los servicios que se dedican a la reducción de la oferta y la demanda para desarrollar su actividad. A la espera de este momento en particular no conduce a retrocesos irreparables, el desafío que enfrentamos en la actualidad es la adaptación de las intervenciones a la realidad particular en que vivimos.



“El narcotráfico mueve entre el 20 y el 30 % de la economía mundial y la droga provee el mayor ingreso de Colombia, aproximadamente el 36% del producto nacional”.

“ LOS JOVENES Apuntan al alcohol como la sustancia de consumo mayoritario y creen que sería beneficioso llevar mediadores a los botellones, no limitar su acción a las aulas”

Javier Elzo cuestiona la utilidad de prohibir beber a los menores cuando la inmensa mayoría lo hace



“Es preciso mirar la realidad de frente y preguntarse qué utilidad real tiene la pretensión de que no puedan beber hasta los 18 años cuando todas las encuestas dicen que la inmensa mayoría lo hacen bastante antes de esa edad”, así se ha expresado el catedrático Emérito de la Universidad de Deusto, Javier Elzo, que ha sido el encargado de abrir la última jornada del congreso “Según Elzo, en la actualidad existe “un apuntalamiento del modelo festivo del consumo de alcohol al que va asociado, con demasiada frecuencia, el de las drogas jurídicamente ilegales”. Además, ha continuado, “todavía no hay un debate serio y sereno en España ante la

ya más que evidente deriva y consolidación del modo de beber mediterráneo hacia el modelo nórdico”. El sociólogo se ha referido al reciente movimiento 15-M. Para él, su caldo de cultivo ha sido “la situación de cabreo generalizado ante la crisis”. “La principal virtud del movimiento 15-M es lo que supone de aldabonazo a una sociedad dormida, resignada, individualista, placentera y que pide a la Administración, además de seguridad, que le proteja del paro y de la enfermedad y le asegure buenas pensiones y mejores salarios”, ha reflexionado. También ha hablado sobre el mundo de Internet en el que están creciendo y socializándose los adolescentes y jóvenes de hoy porque según ha afirmado “sin Internet no hubiera sido posible el 15-M, ni la (incipiente) primavera árabe, tampoco el rápido auge de la derecha extrema en Francia”. “Según la Memoria Socioeconómica de 2010, elaborada por el Consejo Económico y Social del País Vasco presentada en julio de 2011, el 94,4 % de los vascos entre los 15 y los 24 años utilizan Internet, cifra que se reduce al 30,1 % entre los que tienen 45 y más años. Es la brecha generacional”, ha apuntado. Para Elzo, en España la cultura de la habitación no ha sido sino un efímero paréntesis de la cultura de la calle de los adolescentes, de hecho, “las redes sociales y demás espacios de intercomunicación, se han convertido en importantes agentes de socialización donde los más jóvenes acceden, solos y directamente, a un mundo virgen que, muchas veces, controlan mejor que los adultos”. “Educar y socializar hoy a los adolescentes equivale a acompañarles a discernir los diferentes contenidos de la red. Lo de siempre pero ahora pensando, prioritariamente, en la red. Estamos en otra era”, ha concluido.



Município de Faro distingue João Goulão



No passado dia 7 de Setembro, Faro celebrou o dia do concelho, data que a autarquia local aproveita para agradecer ilustres cidadãos que contribuíram para a dignificação e prestígio do concelho e se notabilizaram pelo seu reconhecido mérito ou contributo para a sociedade. Este ano foram cinco os cidadãos que estiveram presentes na Sessão Solene para, publicamente, serem homenageados pela Câmara Municipal, entre os quais João Goulão. Como frisavam os responsáveis da autarquia pela escolha, "João Goulão quase que dispensa apresentação tamanha é a sua notoriedade a nível nacional e até internacional". Faro concedeu-lhe a medalha de Mérito, grau prata.

Em pequena nota da autarquia, pode ainda ler-se: Natural de Cernache do Bonjardim, licenciou-se em medicina e em 1981 fixa-se em Faro. Tem mais de 20 anos de experiência a nível da prevenção e tratamento da toxicoddependência em Portugal. Foi o responsável pela criação de uma estrutura de atendimento a toxicoddependentes no Algarve. Em 1992 aceitou criar a equipa e a estrutura do Serviço de Prevenção e apoio a Toxicoddependentes de Faro, tendo assumido a direcção deste serviço. A partir daqui foi um crescendo de responsabilidades, sempre nesta área. Foi nomeado Presidente da Comissão Instaladora do Centro de Atendimento a Toxicoddependentes



do Algarve. Por apego às causas públicas ingressou na carreira política e assumiu as funções de vereador na Câmara Municipal de Faro de 1993 a 1997.

Em 1995 já era Presidente da Direcção Regional do Algarve do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicoddependência e em 1997 assume o cargo de Presidente do Conselho de Administração, função que desempenhou até 2002.

Ocupa, desde 2005, o cargo de Presidente do Conselho de Administração deste Instituto e é Coordenador Nacional de Combate à Droga. O seu percurso profissional é também assinalado por incursões em organismo europeus, nomeadamente: no Comité Científico, no Conselho de Administração do Observatório Europeu da Droga e da Toxicoddependência e no Comité de Acompanhamento do Programa Europeu de Prevenção da Toxicoddependência, entre outros.

É, portanto, alguém com um percurso de vida iniciado em Faro dedicado às causas sociais, respeitado pelo seu esforço, dedicação e sentido cívico, razão pela qual o Município de Faro não poderia deixar de lhe prestar esta singela homenagem, por 15 anos do seu labor dedicado em exclusivo a Faro e ao Algarve.

A par dos homenageados já referidos é de salientar que foram também distinguidos 17 funcionários do município que receberam medalhas de Bons Serviços e Dedicação. Sendo que 14 deles receberam a medalha de Bons Serviços e Dedicação, grau cobre, por terem 20 anos completos de serviço efectivo com comportamento exemplar e os outros dois receberam a mesma medalha mas de grau prata por terem 35 anos completos de serviço com comportamento exemplar, assiduidade e classificação de serviço não inferior a bom.

Nas palavras do Presidente da Câmara Municipal, José Macário Correia, "quando na sociedade, por obras palpáveis e por constituírem referência colectiva, temos pessoas como Tito Olívio, João Goulão, Fernando Inês, António Matos ou Alfredo Barão, Faro orgulha-se deles e do seu exemplo". Macário rematou, afirmando: "Faro orgulha-se dos seus melhores cidadãos, é deles que nos vêm o exemplo e a força para vencer o futuro" daí a importância de, anualmente distinguir quem merece e incentivar os restantes dando a conhecer tão excelentes exemplos.





Palavras de convite

A consciência da importância da comorbilidade psiquiátrica entre a população dependente tem vindo a acentuar-se junto dos intervenientes.

Este “2º diagnóstico de perturbação mental” atinge, nalgumas séries, uma prevalência que justifica toda a atenção que lhe tem sido dispensada.

Porém existe frequentemente nos nossos utentes um (pelo menos um) problema de saúde adicional, este de natureza física.

A doença física entre a população a que assistimos é uma realidade há muito conhecida mas que, por razões históricas ou que se prendem com a falta de recursos humanos, tem vindo a receber menos da nossa atenção ao nível da consulta.

Todos temos presentes as palavras do Sr. Presidente do I.D.T. quando nos lembrava que “nós não somos o Serviço Nacional de Saúde dos toxicodependentes” - o que é verdade.

No entanto creio que cabe a todos os intervenientes em dependências (em particular nos casos de dependências de substâncias) estar alerta para a vertente da doença física dos nossos utentes, tanto como para a vertente mental.

Penso que devíamos não só saber que estes problemas existem como sermos capazes de suspeitar a sua presença através de sinais de alerta (sejam eles sinais físicos, sintomas referidos ou comportamentos de risco) e saber encaminhar as situações suspeitas para os serviços competentes.

Acima de tudo seria conveniente termos sempre presente que muitas destas doenças são fruto de um estilo de vida que pode ser questionado e mudado através do nosso trabalho diário com o utente e seus familiares (função que pode caber a todos os nossos grupos profissionais).

Penso que é chegada a altura de pensarmos em conjunto acerca da frequente presença simultânea destes 3 diagnósticos da área da Saúde. Estou convicto de que, em conjunto, poderemos apurar não só o nosso conhecimento mas também a intervenção, de modo a evitar, minorar ou mesmo promover a recuperação de situações que podem ter um papel capital naquilo que creio ser o nosso objetivo último - a reinserção plena dos nossos utentes, como pessoas por inteiro.

Ao promover este XXIV Encontro das Taipas esperamos criar o ambiente de troca e de reflexão propício ao alcance deste objetivo.

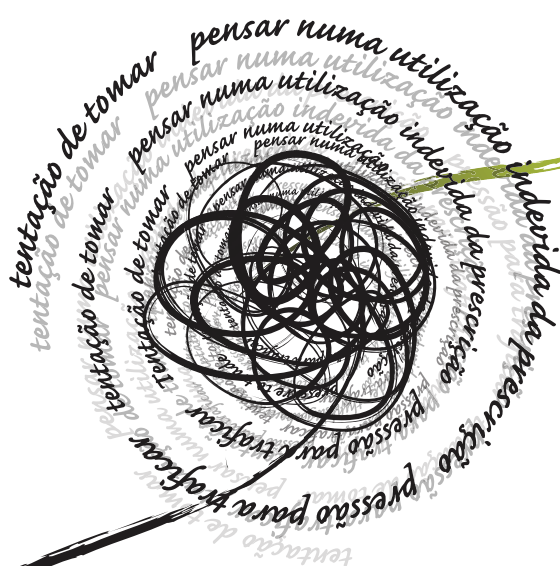
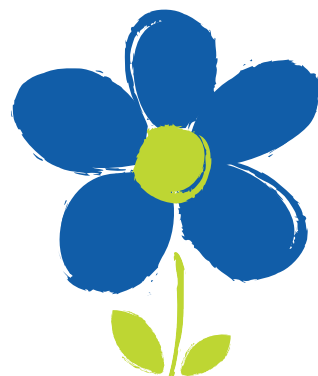
Este ano, mais uma vez, contamos com a vossa presença.

**Pela Comissão Organizadora
do XXIV Encontro das Taipas**

António Costa

Suboxone[®]
buprenorfina/naloxona

Tratar a dependência
Transformar a vida



 **Reckitt
Benckiser**
Pharmaceuticals

Suboxone 2 mg/0,5 mg, 8 mg/2 mg comprimidos sublinguais

INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO

Nome do Medicamento e Forma Farmacêutica Suboxone 2 mg/0,5 mg ou 8 mg/2 mg comprimidos sublinguais **Composição Qualitativa e Quantitativa** Cada comprimido contém 2 mg ou 8 mg de buprenorfina e 0,5 mg ou 2 mg de naloxona. **Indicações terapêuticas** Tratamento de substituição da dependência de opiáceos. **Posologia e modo de administração** Suboxone comprimidos sublinguais deve ser colocado sob a língua até dissolução, a qual demora geralmente 5 a 10 minutos. Suboxone não é recomendado em crianças com idade inferior a 15 anos devido à ausência de dados de segurança e eficácia. **Adultos** A dose inicial recomendada é de 1 a 2 comprimidos de Suboxone 2 mg/0,5 mg comprimidos sublinguais.

Poder-se-á administrar adicionalmente 1 a 2 comprimidos de Suboxone 2 mg/0,5 mg no 1º dia do tratamento dependendo das necessidades individuais do doente. Doentes a receber metadona: antes de iniciar a terapêutica com Suboxone deve reduzir-se a dose de metadona para um máximo de 30 mg/dia. A 1ª dose de Suboxone deve ser administrada ao surgirem os sinais de abstinência, mas nunca antes de ter decorrido um período de 24 horas após a última utilização da metadona pelo doente. A buprenorfina pode precipitar sintomas de abstinência em doentes com dependência de metadona. Consultar RCM completo para aconselhamento em idosos, doentes com compromisso renal e hepático.

Contra-indicações hipersensibilidade à buprenorfina, à naloxona ou a qualquer um dos excipientes, insuficiência respiratória grave, compromisso hepático grave, alcoolismo agudo ou delírium tremens. **Advertências e precauções especiais de utilização** **Advertências** Desvio, precipitação da abstinência, dependência e síndrome de abstinência. **Precauções** Doentes que apresentam lesões cerebrais, aumento de pressão intracraniana, hipotensão, hipertrofia da próstata ou estenose uretral. Doentes com asma ou insuficiência respiratória, compromisso renal, compromisso hepático. Administração concomitante de medicamentos inibidores da enzima CYP3A4. Uso concomitante de IMAO. Suboxone deve ser utilizado apenas com precaução em adolescentes (15-18 anos de idade). **Interações medicamentosas e outras formas de interação** Suboxone não deve ser administrado em conjunto com bebidas alcoólicas ou medicamentos que contenham álcool. Suboxone deve ser utilizado com precaução quando co-administrado com: benzodiazepinas, outras substâncias depressoras do sistema nervoso central, outros derivados dos opiáceos (ex: metadona, analgésicos e antitússicos), alguns antidepressivos, antagonistas dos receptores H1 sedativos, barbitúricos, ansiolíticos, com exceção das benzodiazepinas, neurolepticos, clonidina e substâncias relacionadas; inibidores da CYP3A4 (por ex., inibidores da protease como o ritonavir, nelfinavir ou indinavir ou antifúngicos azoles como o cetoconazol ou itraconazol); indutores da CYP3A4 (ex., fenobarbital, carbamazepina, fenitoína, rifampicina). Até à data não foram observadas interações significativas com cocaína. **Efeitos indesejáveis** Os efeitos indesejáveis mais frequentes relacionados com o tratamento, notificados durante os ensaios clínicos de Suboxone, foram os associados aos sintomas de abstinência (ex., dor abdominal, diarreia, mialgias, ansiedade, sudorese). A buprenorfina utilizada em monoterapia para o tratamento da dependência dos opiáceos tem sido associada aos seguintes sintomas (> 1%): obstipação, cefaleias, insónia, astenia, sonolência, náuseas e vômitos, desmaio e tonturas, hipotensão ortostática e sudorese. Têm sido notificados outros efeitos indesejáveis (< 0,1%) em associação com a buprenorfina em monoterapia: depressão respiratória, necrose hepática e hepatite, alucinações, casos de broncoespasmo, edema angioneurótico e choque anafilático. Nos casos de consumo incorrecto por via intravenosa, têm sido notificadas reacções locais, por vezes sépticas, e hepatite aguda potencialmente grave. Nos doentes que se apresentam com toxicod dependência marcada, a administração inicial de buprenorfina pode provocar um efeito de abstinência semelhante ao associado à naloxona. Foi notificada uma síndrome de abstinência neonatal entre os recém-nascidos de mulheres que receberam buprenorfina durante a gravidez. A síndrome pode ser mais ligeira e mais prolongada que a provocada pelos agonistas totais µ-opiáceos de curta acção. **Titular da Autorização de Introdução no Mercado** RB Pharmaceuticals Limited 103-105 Bath Road, Slough, Berkshire, SL1 3UH, Reino Unido. Cont. no: GB222280111. **Consultar o resumo das características do medicamento completo para mais informações. Data da Revisão do Texto** 08/2010 Medicamento sujeito a receita médica especial e restrita. **Medicamento Comparticipado (Escalaço C: 37%). Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado.**

“Temos a responsabilidade de ajudar o doente a querer estar bem”

Um programa que privilegia a intensidade emocional através das terapias de grupo e individuais e que, pela responsabilização e o auto e hetero conhecimento, a par de outras técnicas, procura promover junto do utente o prazer por estar em recuperação e da mudança daí consequente. Num ambiente de grande família, bem presente na concepção dos espaços, a Beco com Saída, uma unidade que há cerca de três anos apenas herdou o nome da anterior estrutura de tratamento igualmente localizada em Chaves, é uma comunidade terapêutica que prima pela excelência ao nível da dotação de instalações e de serviços. Dependências foi conhecer o trabalho desenvolvido por esta unidade do interior do país, desde o tratamento em internamento ao apoio pós-tratamento. Quem nos abriu as portas foi o director da CT, Arnaldo Marques...

O que diferencia a Beco com Saída das demais comunidades terapêuticas existentes no país?

Arnaldo Marques (A.M.) - Poderão até existir outras comunidades a trabalharem assim e, como tal, não sei se constitui um factor de diferenciação mas o que tentámos imprimir aqui foi um programa muito intenso em termos emocionais, no que concerne às terapias de grupo e individuais. Fazemos, três vezes por dia, actividades de grupo, portanto, o grosso da nossa intervenção é focalizado na parte psicológica e emocional, com vista à promoção da mudança de comportamentos. É óbvio que tudo dentro de uma comunidade é, a meu ver, trabalho e possível de ser trabalhado, desde a forma como se sentam à mesa, como cumprem as regras da instituição, como fazem a limpeza dos seus quartos... Tudo é feito sob a observação e acompanhamento dos monitores que, através de relatórios, nos transmitem o que vai acontecendo, o que nos serve depois para realizar trabalho terapêutico.

Como é constituída a equipa técnica da Beco com Saída?

A.M. – Actualmente, a equipa terapêutica é constituída por mim Director Técnico e psicólogo, um conselheiro, psicóloga, psiquiatra, médica, temos ainda três monitores relacionados com a vertente terapêutica, um assistente social, um monitor exclusivamente dedicado à manutenção da casa e uma cozinheira.

Por que modelo terapêutico orientam a intervenção?

A.M. – O modelo é o Minnesota, baseado nos 12 passos, e essencialmente cognitivo comportamental com uma forte componente humanista. Mas tento que o mesmo seja o mais eclético possível. Fazemos alguns grupos dinâmicos, grupos de terapia emocional e



muito psicodrama. Creio que é importante que um terapeuta consiga adaptar bem a circunstância à terapia. Por vezes, existem coisas que vão acontecendo no dia-a-dia que se revelam essenciais para depois trabalharmos em termos terapêuticos.

É o utente quem tem que se adaptar ao modelo e à terapêutica ou o contrário também poderá ser verdade?

A.M. – Sim, claro que pode. O que compete aos terapeutas é criar um ambiente de segurança, de confiança e empático. E a própria instituição em si, através das instalações e serviços, também têm algum papel nisto, o que poderá variar em função das condições de que a casa dispõe. E voltamos à questão anterior: a terapia principal é cognitivo comportamental e humanista mas, depois, temos que proceder a algumas adaptações conforme o doente. Tanto é que temos ainda o apoio e acompanhamento, ainda que não permanente, de um psiquiatra e de uma médica. Até porque também recebemos aqui doentes com duplo diagnóstico... Portanto, nós próprios também temos que ter a capacidade de nos irmos adaptando para que o doente se vá ajustando à terapia. Claro que, de início, o querer dos doentes é, na maior parte dos casos, pequeno e nós temos a responsabilidade de ajudar o doente a aumentar o querer. O início do plano terapêutico é muito forte em termos emocionais: trabalhamos os mecanismos de defesa, o utente partilha sobre a sua vida – é muito importante fazer a catarse pela partilha -, começando a sentir as culpas, as vergonhas, as frustrações, o que, em termos emocionais, é fundamental para que o doente admita que não tem força suficiente para, por si só, combater a doença.

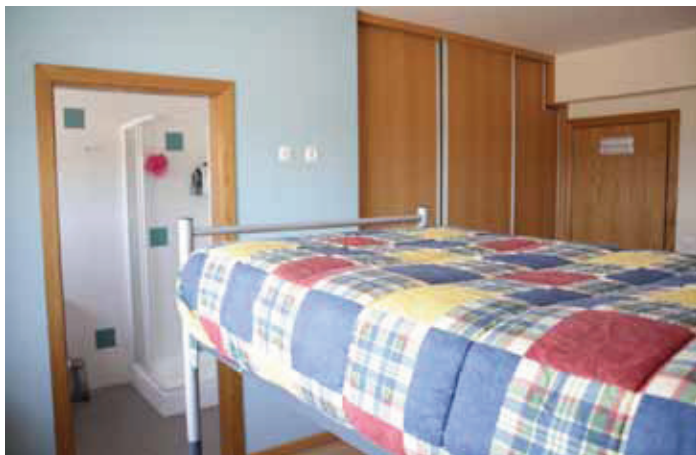
O objectivo será então promover a adesão terapêutica em conjunto...



A.M. – Exactamente... Em simultâneo, é preciso fazer um processo de construção da própria pessoa, mudando as crenças e a forma de pensar; por inerência, mudando a forma de sentir, promovendo uma forma saudável de lidar com esses sentimentos. Isto, por consequência, vai mudar o comportamento. Há um crescimento da pessoa que ajudamos a realizar, criando motivação para o efeito. É fundamental criar essa motivação para a mudança e fazer com que os utentes vejam muitos ganhos na mesma. Mais do que qualquer outra intervenção, é muito importante que consigamos que perceba o quão positivo é estar em recuperação. Fazer com que percebam por que é bom estar em recuperação, que sintam que o fazem por gosto e não estarem continuamente a contrariarem-se. Claro que, por vezes, os utentes sentem vontade de usar substâncias e é importante contrariar isso e combater o impulso, ponderando a consequência mas eu tento forçar o acto positivo de estar bem. Se não for por essa motivação, por esse gosto e ganhos inerentes, não há o desejado crescimento. Depois, quase até ao final do tratamento, vamos trabalhando esse processo de crescimento, o interior da pessoa. Chegamos ao ponto de não trabalharmos apenas a adição pura e dura. Trabalhamos os defeitos de carácter, as virtudes da personalidade, a auto-estima, vamos buscar todos os entraves ao crescimento da pessoa e que prejudiquem o processo de recuperação e de crescimento. Se não tiverem motivação para estarem bem, os adictos acabam por ficarem fartos de se sentirem fartos... Sentem que a recuperação é algo que não dá grandes alegrias ou picos de adrenalina... E nós temos que os ajudar a irem buscar adrenalina aos pequenos prazeres de vida. E quanto mais humildade tiverem maior será o espectro onde irão buscar felicidade.

Qual é a capacidade da casa?

A.M. – Temos 16 pessoas. Temos autorização do IDT para recebermos um duplo diagnóstico e dois menores.



Quais são as principais patologias diagnosticadas?

A.M. – Junto à adição, aparece muita bipolaridade e alguma esquizofrenia...

É possível identificar se se tratam de causas ou consequências?

A.M. – É complicado! Pode haver alguma psicopatologia prévia aos consumos como também pode ser despoletada através do uso de substâncias.

Que importância atribui ao diagnóstico psiquiátrico?

A.M. – É muito importante! Mesmo quando aparece aqui alguém que não vem já com o diagnóstico e percebemos que poderá existir ali qualquer coisa, o utente é imediatamente acompanhado pelo nosso psiquiatra.

Ao nível das dependências, quais são as substâncias mais presentes?

A.M. – Heroína, cocaína e álcool. O álcool é uma substância cujos danos as pessoas menosprezam mas que se revela extremamente perigosa em termos aditivos. E também se revela um pouco mais complicada de trabalhar devido ao período de negação da própria doença. Depois de "abrir", até acabam por fazer o processo de forma mais rápida...

Os utentes também fazem aqui o processo de desabitação?

A.M. – Já não... Como eu não era muito apologista de ter o doente numa enfermaria, visto que também tinha comunidade terapêutica, e uma vez que acredito que, inseridos num grupo, ficam menos obsessivos em relação ao seu problema, acabei por pedir autorização ao IDT para encerrar a unidade de desabitação e ficar exclusivamente com a CT.



Consumir álcool durante a gravidez afecta gravemente o bebé

A importância dos transtornos derivados do consumo abusivo de bebidas alcoólicas afecta 2 a 4 bebés nascidos, revelou o Parlamento Europeu. A sociedade científica espanhola SOCIDROGALCOHOL, lançou um alerta, no Dia Mundial do Síndrome Alcoólico Fetal, sobre as mulheres que ainda consomem álcool, por pouco que seja, durante a gravidez. “Continuamos a registar um número significativo de mulheres que continuam a consumir bebidas alcoólicas durante a gestação, com percentagens entre os 25% em Espanha e 35 a 50% na Holanda, e até maiores no Reino Unido e na Irlanda” revela Francisco Pascual, membro da Junta Directiva da sociedade científica SOCIDROGALCOHOL e assessor médico da FARE (Federação de Alcoólicos Reabilitados de Espanha). Já estão em desenvolvimento em Espanha alguns estudos, sobre 1197 gravidezes, que indicam que os profissionais de saúde questionam a mulher sobre o consumo de tabaco mas não o fazem relativamente ao álcool, apesar da gravidade das suas consequências. “É necessário intervir ao nível da prevenção do consumo, realizar trabalho interdisciplinar e assegurar apoio às famílias”, alerta Francisco Pascual.

Há muito que a SOCIDROGALCOHOL (Sociedade Científica Espanhola de Estudos sobre o álcool, o alcoolismo e as outras toxicodependências), com o apoio da EUROCARE (European Alcohol Policy Alliance) e conjuntamente com a FARE, destaca a gravidade do consumo de álcool durante a gravidez e do Síndrome Alcoólico Fetal de que sofrem os bebés. A única recomendação, seguindo as indicações da OMS, é o consumo zero de álcool durante a gravidez. No passado dia 7 de Setembro, a SOCIDROGALCOHOL participou numa sessão do Parlamento Europeu dedicada à “Protecção do feto face ao álcool”. Segundo os dados médicos conhecidos, os bebés que nascem com Síndrome Alcoólico Fetal sofrem retardo mental em 90 por cento dos casos, fracasso escolar em 60 por cento e alteração de conduta em 60 por cento. Também está demonstrado que provoca alterações como o autismo. O alcoolismo infantil danifica as funções sensitivas, diminui a cognição, provoca tendências nas crianças para causarem danos no seu entorno, não percebem os riscos, e outras alterações graves.

Os danos: informação complementar

Os últimos estudos revelam que a gravidade dos sintomas do alcoolismo fetal é maior que os desenvolvimentos alcançados pelos investigadores para recuperarem estas alterações porque a afectação, especialmente neurológica, que o álcool produz no cérebro do bebé, pode perdurar até à idade adulta. A causa reside na alteração dos péptidos, as neurotrofinas. A exposição ao álcool durante o período de formação fetal puede ser especialmente destrutiva para estas neurotrofinas. Estes péptidos desempenham um papel importante no processo de aprendizagem e na memória e, embora se saiba que actuações como a estimulação precoce ou o treino podem ser benéficas, este benefício é menos evidente se o dano for produzido pelo álcool, pelo que estes novos estudos incidem mais sobre a necessidade de abstenção de bebidas alcoólicas

durante a gravidez.

Não se sabe que dose de etanol pode ser lesiva, nem se existe uma dose lesiva de necessidade. O que se conhece é o efeito directo do álcool sobre o feto, pelo que não se considera necessário que a mulher seja alcoólica para que a criança sofra um Síndrome alcoólico fetal. Apenas é necessário que a mãe beba durante a gravidez. Por esse motivo, o conselho é consumo zero durante o período de gestação.

Alcoolemia do feto

O embrião ou feto alcança a mesma alcoolemia (gramas de álcool por litro de sangue) que a mãe, já que o etanol passa, sem dificuldade, a barreira placentária. A forma de actuar é a seguinte: o etanol diminui a quantidade de glucose, importante para a alimentação fetal, produz uma alteração nas cadeias de aminoácidos, estes aminoácidos configuram as proteínas e as proteínas, por sua vez, formam os tecidos. Dependendo do momento de gestação afectar-se-iam distintas cadeias proteicas, o que originará malformações nos tecidos e nos órgãos que se estão a formar nesse momento. O acetaldeído, como principal metabolito do álcool, e as alterações enzimáticas provocadas tanto por esta substância como pelo etanol, acabarão por propiciar o surgimento destas alterações.

Se o consumo se realiza durante as 10 primeiras semanas, por exemplo, produzem-se malformações:





Más de 30 institucións dos sectores sociais e económicos, que inclúe, organizacións gremiais da produción de cervesa, vino ou sidra, agencias de publicidade, medios de comunicación, sindicatos, médicos especializados en toxicomanías, padre e alumnos, etc.

han firmado El Manifiesto Contra el Consumo de Bebidas Alcohólicas por Menores.

Los firmantes, según reza el texto del manifiesto, se disponen a trabajar de forma coordinada para “establecer estrategias y medidas preventivas que conduzcan a lograr el consumo cero de alcohol por parte de los y las menores de edad”. Uno de sus objetivos es “evitar cualquier publicidad” que relacione “el consumo de bebidas alcohólicas con el éxito social o sexual”.

Cardíacas. (10 - 20%) como C.I.A., C.I.V., Tetralogía Fallot, Canal atrioventricular.

Renais. (5-10%) Aplasia, Ectopia e Hidronefrosis.

Genitourinarias: Hipospadias, criptorquidia ou vaginal dupla

Esqueléticas: falanges ausentes, sinóstosis, pectus excavatum. Escoliosis.

De pele e apêndices: Hirsutismo, angiomas tuberosos ou fosita sacra.

Alterações do Sistema Nervoso, oculares e da boca.

Ou tumores embrionários tais como o Hepatoblastoma e o Neuroblastoma.

Se for durante o terceiro trimestre: diminuição de peso e tamaño. O bebé adopta un aspecto muito especial: microcefalia, lesões cerebrais, hirsutismo frontal, ptosis, estrabismo, miopia, epicantus, obliquidade antimongoloide, nariz esmagado, sela e hipoplasia mandibular, paladar alto, boca grande e lábios finos; além de em desenvolvimento psicomotor deficiente o limite (borderline), inquietude, hiperexcitabilidade e insónia. O quociente intelectual situa-se entre 50 – 80, evidencia-se uma diminuição APGAR, no momento do nascimento, um déficit no crescimento tanto intrauterino como postnatal com baixoo peso e altura. También se pöde evidenciar que, a maior prazo e quantidade de ingestão de álcool por parte da mãe, os danos serán mais graves e menos reversíveis.

Estudos em desenvolvimento

De acordo com Francisco Pascual, “iniciáram-se estudos que permiten avaliar o impacto real deste quadro em España e, para o efeito, comecemos un estudo multicêntrico para medir a repercussão real. De momento, apenas podemos avanzar que o simples facto de conseguirmos as autorizacións pertinentes e a colaboración de algumas institucións revelou-se toda una odiseia e que, em muitas ocasións, obstetras e parteiras nos respondían com un: “as nossas grávidas não bebem”. Na



recolha dos dados das primeiras 1197 gravidezes seguidas, e apesar de contar com protocolos, em muitos casos se obvia a pregunta sobre consumo de álcool e outras drogas. De todas estas gravidezes só há registo de un consumo importante de álcool, às veces junto com outras drogas, em 13 casos, o que representaría un pouco mais de 1%. Não obstante o consumo de tabaco estar presente em muitas mais mulheres. No entanto, falta a tarefa de contrastar todos os recém nascidos que apresentaram algun tipo de anomalia como perímetro cefálico pequeno, baixoo peso ou altura, transtorno do bem-estar fetal, etc. Estes bebés representan un total de 10% dos analisados. Estas porcentagens aproximam-nos ao que pode ser a prevalência do FASD (Foetal Alcohol Spectrum Disorders). A investigación prosseguirá, não só para se obterem porcentagens reais, já que este estudo está a ser realizado até ao momento num hospital da Comunidade Valenciana (Elda), e será extendido à Andalucía em duas cidades (Málaga e Linares), Extremadura (Cáceres) e Madrid. O importante não é apenas obter porcentagens mas também tentar sensibilizar tanto as futuras mães como os profesionais sanitários, desde os cuidados primários aos especializados. Para poder diagnosticar una patología, há que tê-la sempre presente e este quadro é muito mais frecuente do que em principio se podería pensar”.





Alcohol y violencia

* Pascual Pastor, F. Reig Ruano, M. Fontoba Ferrándiz, J. Rodríguez del Castillo, A.

Publicado na revista:

Alcohol y violencia. *Health and Addictions* 2011, Vol. 11, nº 1, pp. 71-94

fr.pascual@coma.es

El consumo de bebidas alcohólicas ha estado tradicionalmente relacionado con la violencia y las conductas agresivas. No obstante no ha habido un claro consenso en cuanto a la influencia directa de las bebidas alcohólicas en la aparición de episodios violentos, a pesar de que en diversos estudios el consumo de alcohol está presente en muchos de estos cuadros.

Sería interesante pues analizar si el alcohol es el causante o desencadenante de estos cuadros violentos, cuales son los mecanismos neurobiológicos implicados en este desenlace, cuales las consecuencias y cómo podemos actuar en estos casos, revisando los protocolos existentes.

Además, con frecuencia se ha hablado de la violencia de género, pero será necesario tener en cuenta que también la violencia entre el grupo de iguales, con los hijos o los mayores en el entorno familiar e incluso la autoagresión pueden ser también una forma de presentación de este tipo de violencia. Cuando se habla de violencia, a menudo pensamos en el crimen, en asesinatos, violaciones y robos violentos. Pero debemos tener presente que en todo acto de agresión se hallan implicadas al menos dos personas. Se insiste en que los violentos son malos, como si con el mero uso de la palabra se les desterrase a un lugar oscuro y desconocido, aunque la triste realidad es que el violento es sólo un ser humano que, de hecho, vive entre nosotros. Los agresores de los que hablamos viven en las mismas casas que sus víctimas, esta violencia proviene en muchos casos de una persona que una vez les dijo "te quiero".

Aunque tenemos numerosos hechos y cifras, todavía no entendemos ni la violencia ni a los individuos violentos. Muy extendida está la creencia de que muchos, se hallan de algún modo "enfermos" y pertenecen a otro tipo de sociedad que existe al margen de la normalidad; pero no podemos explicar con exactitud qué les hace diferentes. La aparición de nuestro comportamiento violento nos deja perplejos porque nos falta información esencial. Un sinnúmero de artículos, libros y programas de televisión sirven para determinar en cierto modo las dimensiones de la violencia: la pobreza, el racismo, la desestructuración de la familia, la omnipresente influencia de la televisión. La violencia puede ser física (zarandeos, pellizcos, puñetazos, golpes...), psicológica (amenazas, insultos, coacciones...) o sexual (participación sexual en actividades no deseadas). Haremos pues un repaso por las definiciones y por los estudios hechos, para analizar con más detalle las consecuencias y actuación de la Policía Local de Valencia, con la Unidad Gama de apoyo a las víctimas de Violencia de Género y Doméstica en un grupo de mujeres. Con todo ello intentaremos establecer unas conclusiones que nos permitan una reflexión seria en pro de evitar en la medida de lo posible estos sucesos.

Actualmente en el cajón de sastre de la violencia se puede encontrar de todo. Podemos encontrar "un conflicto" entre dos partes, generado por diferencias en sus respectivos intereses, valores, intenciones, juicios, aspiraciones o expectativas que pueden derivar hacia una "discusión" susceptible de evolucionar, por la vía de una "negociación" racional, razonable y razonada hacia la meta de una solución aceptable por ambas. En determinadas circunstancias, sin embargo, una de las partes puede optar por una solución violenta que conlleve el "maltrato" de la otra. El "maltrato" no es pues una consecuencia inevitable del conflicto, sino la vía estratégica de lograr determinados resultados que, más que con el conflicto, está estrechamente relacionada con la hostilidad, la agresión y la violencia propiamente dicha. En este marco, la "violencia contra las mujeres" atraviesa todas las fronteras

de edad, raza, etnia, clase social o nivel, adoptando configuraciones específicas según los contextos culturales en que se desarrolla. La violencia en la pareja ha pasado relativamente desapercibida a lo largo del tiempo y todavía permanece así en muchos espacios socioculturales. Un objeto físico o una realidad social sólo resulta visible y reconocible en la medida en que su imagen contrasta con el trasfondo delante del que aparece. No se puede comprender de manera adecuada el maltrato de la mujer en las relaciones de pareja si no se lo relaciona con el contexto de un orden social y cultural que lo estructura y fundamenta: el sistema patriarcal. La misma coerción física, sexual, psicológica, social o simbólica puede aparecer como un recurso ideológicamente legitimado de ese poder del hombre para generar efectos de control sobre la mujer. Las múltiples formas de agresión a una mujer por su pareja "legítima" son en este contexto, al producirse en la esfera "privada" (doméstica, intramuros), se han venido dando con más intensidad, con más justificación y con menos comprensión social. Desde tal supuesto, la reacción lógica no podía ser otra que la de instar a la mujer maltratada a "comprender", "disculpar", "perdonar", a su "compañero" y a "reconciliarse" con él. En el marco de la pareja patriarcal el recurso de la violencia se fundamenta, pues, sobre estructuras sociales y culturales en las que esta práctica constituye un recurso estratégico del poder establecido para el mantenimiento del orden y es considerada además como un componente de la lógica de la realidad.

Ferreira (1992-1999) destaca entre los elementos significativos de esta ideología sobre el carácter natural, individual, privado y normal de la violencia en la pareja tesis como:

- Tiene una base instintiva y filogenética que explica su presencia en todo tipo de sociedades, pueblos y culturas y da cuenta de su carácter prácticamente inevitable e irreversible.
- Caracteriza las relaciones de pareja típicas de cierta categoría social de personas: las de clase baja, de pueblos primitivos, de países económicamente retrasados, de gente pobre, sin trabajo y sin cultura, propensa al abuso de alcohol y otras drogas, perteneciente a sectores marginados y socialmente excluidos
- Cuando la "autoridad" en la pareja pega, suele ser "por el bien" de la víctima, que "algo habrá hecho", para "merecer" su castigo.

Antecedentes:

De tiempo es sabido que el hombre es un lobo para el hombre (Homo homini lupus – T. Hobbes 1651, en su obra *Leviatán*) y que el hombre sin el freno de las normas sociales, sería un ser egoísta y brutal y su existencia se basaría en la fuerza, la lucha y la violencia.

Pues bien el alcohol hace precisamente que nos saltemos estas normas sociales. La agresividad es un rasgo biológico del ser humano y constituye una herramienta al servicio de la supervivencia de la especie, base de la evolución y perpetuación de las especies. Se puede decir, pues, que el agresivo nace pero el violento se hace. La agresividad estaría sustentada por la propia biología, por el instinto, siendo por lo tanto benigna en cuanto a que tiene una función defensiva, al contrario la violencia tiene una base más cultural, competitiva, vengativa, ofreciendo la cara más maligna y cruel de la especie humana. Con respecto a la relación de la violencia con el consumo de alcohol se habla de cifras desde un 86% para Suecia a un 24% para Alemania de crímenes violentos relacionados con el consumo de alcohol, la

“71,8% de los agresores consumían alcohol”

cifra para España se sitúa alrededor del 42% (Anderson y Baumberg, 2006)

Alcohol y agresividad:

Se ha podido constatar con el paso de los años la gran correlación que existe entre violencia y el consumo de alcohol, aunque es difícil determinar si el alcohol étílico es el causante o el desencadenante de algunas de estas reacciones violentas.

La relación del consumo de bebidas alcohólicas con robos, asaltos con intimidación, violencia doméstica, problemas en lugares públicos o incluso crímenes nos obliga a buscar una explicación razonable.

Si bien es verdad que no todos los alcohólicos son violentos, ni todas las situaciones de agresividad comportan un consumo de alcohol, el número de veces que concurren ambas circunstancias se acerca en algunos casos al 50% (Fundación Salud y Comunidad – Proyecto Malva), e incluso más.

Actualmente están siendo objeto de crítica y de revisión prácticamente todos y cada uno de los “mitos” tradicionales sobre las supuestas “causas” de la violencia en la pareja, en relación al abuso de alcohol y otras drogas.

Autores como Gelles & Straus (1988) sostienen que la relación empírica entre la ingestión de alcohol y la violencia en general no permite establecer que el alcohol cause violencia. Los autores afirman que si las propiedades químicas del alcohol actúan sobre el cerebro humano, induciendo la conducta violenta, este efecto debe ser observable en cualquier parte del mundo y en cualquier momento de la historia. Basándose en diversos estudios antropológicos, llegan a la conclusión de que si bien, en algunas culturas, las personas que ingieren alcohol se tornan más violentas y sexualmente promiscuas, en otras, por el contrario tienden más bien a la “pasividad” y a la “retracción”. En otros términos, desde este punto de vista, el comportamiento de la persona ebria es básicamente cultural y socialmente aprendido:

“En nuestra sociedad, como en muchas otras, los individuos aprenden que no tendrán que asumir responsabilidad por su comportamiento ebrio. En nuestra cultura (...) es un “tiempo muerto” en las normas usuales de conducta. El “tiempo muerto”, combinado con la necesidad de encubrir o de eludir la responsabilidad de la violencia familiar (...) provee la perfecta excusa en el campo de la violencia doméstica: “Yo no sabía lo que hacía cuando estaba borracho”, es la excusa más frecuentemente escuchada por quienes trabajan en el ámbito de la violencia familiar. Cuando las mujeres cuentan que sus parejas son como “Dr Jekyll & Mr, Hyde”, están proveyendo la excusa que sus parejas necesitan para justificar sus conductas violentas. Los padres y compañeros violentos aprenden que, si no quieren ser considerados responsables de su violencia, deben beber y pegar, o al menos, decir que estaban ebrios. (Gelles & Straus, 1988, pag 45-46)

Lo ILUSORIO de este mito consiste en la creencia de que eliminando el alcohol o las drogas el problema de la violencia en la pareja desaparecerá. El hecho que una persona maltratadora habitual de su pareja deje de consumir alcohol u otras drogas no constituye una garantía suficiente de que por ello dejará de ejercer la violencia contra ella.

Esto puede explicarse por medio de la teoría de la desinhibición, ya que al consumir alcohol en determinadas cantidades los mecanismos que permiten frenar algunos impulsos y hacer valer las connotaciones éticas y morales, quedan diluidos, aunque también es cierto que los experimentos de laboratorio concluyen que además deben existir factores situacionales, por ejemplo presión social o deseos de venganza, entre otros.

Otra teoría explicativa es la del deterioro cognitivo y las alteraciones con-



ductuales debidas al consumo agudo o crónico de alcohol debido a la alta afinidad del etanol sobre el sistema nervioso central así como a su elevada toxicidad, que llega a provocar alteraciones en el funcionamiento cerebral. La información obtenida del seguimiento de las víctimas de violencia de género y doméstica de uno de los Distritos de Valencia (Distrito Marítimo) podemos observar aquellos obtenidos de víctimas de violencia de género de una Casa de Acogida de la ciudad de Valencia durante los años 2008 y 2009, el 71,8% de los agresores consumían de forma habitual alcohol (n=56).

La distribución de las mujeres que fueron acogidas en dicho recurso, es de 27 nacionalidades, de ellas tan sólo 28 eran españolas (14 + 14).

De la distribución de los agresores encontramos 22 nacionalidades distintas, de ellos 29 españoles (17 + 12)

De entre las usuarias de la casa de acogida en estos dos años se observa que tan solo el 9% (n= 7) del total presentaba problemas de consumo de alcohol,

En cuanto a los agresores, el 71,8% (n=56) de ellos presentaba problemas de adicción y consumo de alcohol, un 21,8% (n= 17) de ellos problemas de consumo de cocaína, y un 5,1% (n=4) consume tanto cocaína y heroína.

Asimismo de la información obtenida del seguimiento de las víctimas de violencia de género y doméstica de uno de los Distritos de Valencia (Distrito Marítimo), se puede observar que desde el año 2006 hasta el 2009 inclusive, un total de 205 de los agresores tenía problemas de adicción o de consumo de alcohol, otros 77 de ellos presentaban problemas de consumo de drogas como la cocaína, la heroína y otras, y otros 85 eran consumidores de alcohol y otras drogas.

Otro dato importante que se puede apreciar, son las agresiones bajo la influencia del alcohol u otras drogas. De los datos recogidos entre 2007 y 2009 un 42% (n=267) de los agresores cometieron sus agresiones, bajo la influencia de alguna de estas sustancias

Neurobiología:

Las emociones producen un comportamiento específico condicionado por la actividad del tálamo, el hipotálamo, el sistema límbico y el sistema reticular.

En el sistema límbico tienen ubicación los sistemas neuroinmunológico, neurovegetativo y neuroendocrino, además del establecimiento de los ritmos circadianos, estando todo ello correlacionado con las propias emociones de las personas.

Pero, concretamente, las bases neurobiológicas de la agresividad se hallan en la corteza prefrontal y en la amígdala, actuando esta última como moduladora de la violencia. Todo ello mediatizado por neurotransmisores, especialmente la serotonina y la noradrenalina, así cuando hay una depleción de serotonina y un incremento de la noradrenalina se incrementa la irritabilidad personal y pueden aparecer episodios de agresividad.

La amígdala y el hipotálamo trabajan coordinadamente y según sus interacciones, se modulan los comportamientos de ataque o agresión, sabiendo además que el córtex frontal orbital, está ligado al raciocinio y las decisiones y definiendo las funciones ejecutivas, frena la impulsividad.

La amígdala es la que inicia la respuesta de defensa y prepara al organismo para entrar en acción, en cambio el hipotálamo regula los cambios vegetativos que se producen junto la emoción, pero en ningún caso es la estructura



que inicia la respuesta. El cortex prefrontal actuaría como un freno ante los impulsos agresivos. Hay estudios que concluyen que personas violentas y psicópatas tendrían una actividad reducida en la corteza prefrontal, aunque también es cierto que no todos los que tienen daños a este nivel son violentos. (Sánchez Navarro y Román, 2004). A nivel neuroquímico con respecto a la agresividad, como ya hemos comentado, se sabe que los niveles de serotonina tienen una influencia directa sobre los estados de ánimo, si se agotan los niveles de serotonina, aumenta el comportamiento violento y viceversa, es decir un incremento de este neurotransmisor aumenta la sociabilidad.

Otros neurotransmisores implicados en las emociones y por lo tanto en las respuestas agresivas, son las endorfinas, acetilcolina, noradrenalina, dopamina y GABA. Por ejemplo, un descenso de los niveles de endorfinas propicia un incremento de la agresividad.

También ciertas glándulas endocrinas que liberan hormonas actúan en la conducta emocional, entre ellas, la hormona del crecimiento, la tirotrópica, las gonadotropinas, los estrógenos y la progesterona. Y en cuanto a la agresividad se ve una correlación directa con los niveles elevados de testosterona y vasopresina, lo que a priori justificaría que los hombres sean más agresivos que las mujeres, aunque los estudios no son concluyentes, ya que las hembras no son ajenas a los episodios violentos.

El alcohol interfiere sobre la fisiología de los sistemas cerebrales y produce una desinhibición que propicia la manifestación de las conductas agresivas, el alcohol actúa de facilitador de los mecanismos agresivos, manipulando la respuesta razonada ante situaciones e impidiendo el freno para actuar violentamente. El nivel de funcionamiento cognitivo y de expectativas personales afecta en cada individuo la respuesta que se manifieste después de un consumo de alcohol y ante un estímulo que genere agresividad.

En un estudio realizado en 1986 entre 6663 familias americanas (Straus and Gelles, 1986), se descubrió que el 50% de los perpetradores de actos violentos en el domicilio eran grandes bebedores. En el artículo publicado en 2001 David T. George and cols., se hace una revisión de distintos estudios que determinan incrementos de serotonina en el líquido cefalorraquídeo y niveles plasmáticos de testosterona elevados entre los agresores, la testosterona incrementa los niveles de serotonina y provoca ansiedad, aunque existe un efecto paradójico en los alcohólicos crónicos como es que entre los alcohólicos crónicos se produce una disminución de la testosterona sérica, aunque esta se incrementa en periodos de abstinencia, en situaciones de agresividad la testosterona suele estar elevada en todos los casos. (David T. George, 2001).

Los resultados de este estudio, en combinación con los resultados de los estudios animales anteriores, sugieren que tanto las concentraciones bajas de 5-HT y altas de testosterona son capaces de modular los estímulos sensoriales que sirven para activar las vías neuronales que median en el miedo inducido por la agresión. Estos cambios predisponen a reaccionar exageradamente. Se precisan Investigaciones posteriores, en las que participen una mayor población de sujetos, para determinar el mecanismo por el cual la 5-HT y la testosterona difieren en las concentraciones de los autores de actos violentos con y sin alcoholismo. Se trata de una hipótesis que requiere más estudios por lo contradictorio de los resultados y su difícil explicación.

Algunas personas son más propensas que otras a llegar a ser agresivos después de consumir alcohol. Los investigadores que estudian el uso de alcohol y la agresión mantienen la esperanza de identificar las diferencias

“7% de los dependientes al alcohol se quitan la vida”

individuales en el comportamiento y la bioquímica que existen entre los sujetos que se vuelven agresivos tras el consumo de alcohol. La investigación con primates no humanos ha demostrado que las diferencias individuales de la química del cerebro pueden predecir la impulsividad y la agresión inducida por el alcohol. Estas diferencias parecen estar asociadas con las experiencias de crianza temprana y se mantienen estables durante toda la vida del individuo. (J. Dee Higley. 2001).

Al igual que los humanos, otros primates con baja actividad de la serotonina en el SNC, son más propensos al mal control de impulsos y a la agresividad, por lo que una mala regulación serotoninérgica (disminución de la producción o recaptación) puede incrementar el riesgo de agresión después de un excesivo consumo de alcohol.

El estudio de Higley señala que esto es más frecuente en el alcoholismo tipo II de Cloninger, es decir entre consumidores impulsivos y con conducta antisocial, además de con dificultades en las relaciones sociales, lo que les hace proclives a la agresividad y la violencia.

Análisis de la problemática:

El NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism), con el patrocinio de la OMS (Organización Mundial de la Salud) y de la PAHO (Pan American Health Organization) están llevando a cabo el proyecto GENACIS sobre género, alcohol y cultura, en este estudio multinacional se corrobora una vez más la asociación negativa entre abuso de alcohol y la calidad de la relación de pareja, en este ámbito el 47% de las personas involucradas en las agresiones habían estado bebiendo con anterioridad al episodio, en el 25% era el agresor quien había consumido, en el 16'7% tanto el agresor como la víctima y en el 3'5% fue la víctima quien había ingerido bebidas alcohólicas previamente a la agresión. Durante el año 2006 la OMS publicó una serie de monografías sobre la violencia y el consumo de alcohol, en la pareja, en los niños, en los ancianos, etc...

En un documento de la OMS sobre la Violencia interpersonal y el alcohol, se señala que la violencia puede ser juvenil, maltrato infantil, violencia inflingida por la pareja, maltrato en personas mayores o la violencia sexual.

Son pocos los países que cuantifican de manera sistemática la implicación del alcohol en actos violentos y es que además existe una diferencia importante entre los distintos países así como en la metodología empleada en la recogida de datos, lo que hace difícil tener cifras del todo reales y sobre todo homogéneas.

Algunos de los datos recogidos en este documento de la OMS, son los siguientes: En Australia, el 26% de las víctimas de homicidio masculinas y el 17% de las femeninas (2002–2003) habían estado bebiendo poco antes de morir. Entre 1970 y 1998, el 36% de las víctimas de violencia que acudieron a un servicio de traumatología en los Países Bajos habían consumido alcohol. Entre las víctimas de traumatismos violentos que acudieron a servicios de urgencias en seis países, la prueba de alcoholemia resultó positiva en un porcentaje comprendido entre el 24% de la Argentina y el 43% de Australia. En el período 1999–2001, la prueba de alcoholemia fue positiva en el 43%-90% de las víctimas atendidas en servicios hospitalarios de traumatología de tres ciudades de Sudáfrica. En São Paulo (Brasil), el 42% de las víctimas de homicidio habían consumido alcohol antes de morir (2001), y la prueba de alcoholemia fue positiva en el 46% de las víctimas de agresiones que acudieron a servicios de traumatología (1998–1999).

“En el mundo mueren diariamente 565 jóvenes de entre 10 y 29 años por violencia interpersonal”

En los estudios se vio que muchos de los agresores presentaban factores individuales comunes así la mayoría de los agresores eran varones jóvenes con un consumo elevado de alcohol y una personalidad antisocial, produciéndose los actos violentos por la noche y en fin de semana, en lugares de mayor concentración de consumos tales como locales mal dotados, con descuentos, porteros agresivos y alta proporción de clientes ebrios.

En cuanto a los distintos países se apreció una mayor probabilidad de violencia en aquellos que presentaban un mayor consumo de alcohol por habitante, provocando unos altos costes sociales y económicos.

Un punto importante a señalar es la autoagresión que se produce en los consumos abusivos de alcohol, apreciándose un número importante de suicidios relacionados con el consumo de alcohol tanto entre la víctimas como en los agresores, se calcula además que aproximadamente el 7% de los dependientes al alcohol se quitan la vida.

En cuanto a la Violencia infligida por la pareja y su relación con el alcohol, señala al alcohol como uno de los principales factores de riesgo de violencia en el ámbito de las parejas.

En un Estudio realizado en 2002 por la socióloga Mary Pepa García Mas, entre mujeres víctimas de malos tratos residentes en centros de acogida, observó que un 59 % de las parejas de las mujeres de los centros consumían alcohol, con cantidades de 5 a 6 copas (28%), o más de 10 (25%), de forma habitual (58%) y una evolución de continuidad de consumo de más de un año (67%), o 1 a 6 meses (21%). (García Mas, M.P. 2002) Se trata de todo comportamiento que comporte perjuicio físico psicológico o sexual, siendo el consumo de alcohol, sobre todo el de carácter nocivo o peligrosos uno de los principales factores de riesgo, ya que la relación entre ambos aparece en numerosas ocasiones.

También en este caso influyen otros factores, tales como la personalidad impulsiva o el nivel socioeconómico bajo, dando como explicación principal el hecho de que el alcohol afecta a las funciones cognitivas y por lo tanto disminuye el autocontrol, por lo tanto el consumo de alcohol agravaría o dispararía otros problemas pudiendo originar tensión y reacciones violentas. Los otros factores de riesgo que intervienen son el que se presente un mayor consumo y frecuencia del mismo, que existan alteraciones en la salud mental de alguno de los miembros de la pareja, fundamentalmente del agresor, que el consumo sea masivo y que exista un trastorno de personalidad antisocial en el consumidor.

En las situaciones de violencia doméstica, el consumo de alcohol por el marido o la pareja de hecho, es un factor predictivo de violencia grave sólo en las relaciones con alto nivel conflictivo. Todos estos hallazgos son consistentes con la hipótesis de que la intoxicación sirve principalmente para agravar las situaciones conflictivas. La gente a menudo se embriaga antes de llegar a casa y los episodios se suceden de forma independiente a la clase social a la que pertenezcan. La violencia es más frecuente en los que ya eran consumidores antes de convivir en pareja o en los que empiezan a consumir nada más empezar su vida de pareja. En este caso el alcohol actúa tanto como facilitador como instigador de la conducta agresiva. (Brian M. Quigley and Kenneth E. Leonard. 2004/2005)

Incluso la creencia de que el alcohol genera agresividad, sirve a veces como disculpa para estos comportamientos y acaba por producirlos. En algunas parejas se ha observado que ser víctima de violencia conduce también al consumo, como empatía, imitación o como automedicación.



De cualquier forma en las parejas en el que uno de los dos es un consumidor habitual y en cantidad de bebidas alcohólicas, la probabilidad de sufrir actos violentos se incrementa considerablemente, especialmente cuando el consumidor es el varón ya que las creencias del alcohol se igualan al sentido de masculinidad.

Los menores que presencian actos violentos tienen más probabilidad de iniciar consumos nocivos de bebidas alcohólicas.

Según esta misma publicación de la OMS: “En los Estados Unidos de América y en Inglaterra y Gales, las víctimas creían que su pareja había estado bebiendo antes de una agresión física en el 55% y el 32% de los casos, respectivamente. En Australia, el 36% de los homicidas de su pareja estaban bajo los efectos del alcohol en el momento del incidente, mientras que en Rusia el 10,5% de ellos estaban ebrios”

Las consecuencias de estas acciones se pueden, desgraciadamente, leer casi todos los días en la prensa escrita, embarazos no deseados, abortos, depresión, suicidios, consumo de otras drogas o lesiones mortales, están a la orden del día.

Volviendo a la publicación de la OMS, el cálculo sobre costes económicos, es el siguiente: “Incluyendo los correspondientes a la atención sanitaria y el sistema judicial, el refugio y la pérdida de ingresos. Estos son los costes estimados en algunos países: En Estados Unidos; US\$ 12.600 millones anuales. Se ha estimado que los autores de los hechos habían consumido alcohol en el 55% de los casos. Para Inglaterra y Gales; £ 5 700 millones en 2004, a los que se suman £ 17.000 millones en costes emocionales para la víctima. Se ha estimado que los autores de los hechos habían consumido alcohol en el 32% de los casos. Y finalmente, en Canadá: US\$ 1 100 millones anuales (costes médicos directos para las mujeres). En una comunidad canadiense, los autores habían consumido alcohol en el 43% de los casos. La relación del consumo de alcohol con la violencia doméstica arroja cifras tan dispares como las del 71% alcanzadas en Islandia o Irlanda y el 16% para Portugal, situándose España en un 26%. El problema es que en muchas ocasiones los datos no se recogen de forma sistemática, debido a las características de los sucesos”. (Anderson y Baumberg, 2006)

Otro punto analizado por la OMS es el de la Violencia Juvenil y el alcohol, observando una relación entre el consumo de bebidas alcohólicas y la intimidación, violencia de bandas, agresiones sexuales, agresiones en la calle, bares y clubes nocturnos.

Según estos datos en el mundo mueren diariamente 565 jóvenes de entre 10 y 29 años por violencia interpersonal. Señalándose como factores individuales el sexo masculino, las complicaciones del parto, los trastornos de la personalidad y de la conducta, la inteligencia / rendimiento académico deficientes, la impulsividad y problemas de atención y el consumo de alcohol. Y entre los factores relacionales, la escasa supervisión parental, los castigos físicos severos por parte de los padres, los conflictos parentales, el gran número de niños en la familia, tener una madre muy joven (p. ej., adolescente), la escasa cohesión familiar, vivir en un hogar monoparental, tener un bajo nivel socioeconómico en la familia y tener amigos delincuentes. Y por último, entre los factores comunitarios y sociales, la presencia de bandas, armas y drogas, la mala integración social/escaso capital social, las transformaciones demográficas rápidas en poblaciones jóvenes, la modernización y urbanización, la desigualdad en los ingresos, y estar en una cultura que da apoyo a la violencia (Krug et al. 2002). Todo ello más frecuente entre varones, aunque



“37% de los crímenes cometidos, tenían relación con el alcohol”

si hay abuso entre las mujeres también aparece violencia, en especial entre algunas etnias o clases sociales. El 40% de los adultos jóvenes entre los 18 y 30 años experimenta violencia, (Perkins 1997), entre las mujeres esta cifra disminuiría hasta el 28%, en ambiente universitario esta cifra puede estar alrededor del 33% entre los chicos y el 22% entre las chicas (Leonard et al. 2002). Pero sólo el 50% de estos son comunicados a la policía. La violencia entre los varones se suele dar con mayor frecuencia en los bares, mientras que en las mujeres en sitio donde acaece es el hogar. En cuanto a las mujeres con cuadros violentos que van al bar y consumen suelen hacerlo solas o con extraños mientras que los hombres suelen acudir con su grupo de amigos. No obstante de nuevo el alcohol, la intoxicación etílica y la agresividad se vuelven a relacionar en la génesis de la violencia. No siempre hay una relación directa entre el alcohol y la agresividad pero éste actúa como factor de riesgo provocando más conflictividad y mayor gravedad.

El alcohol es más un facilitador que un instigador para la agresividad, porque además quien se ve envuelto en situaciones violentas en los bares suele tener un patrón característico de personalidad además de los consumos elevados de alcohol. (Brian M. Quigley and Kenneth E. Leonard. 2004/2005) Se han realizado estudios en los que se analiza el fenómeno del Binge Drinking con la aparición de actos violentos encontrando una mayor proporción en estos casos debido a un incremento de la labilidad emocional, una disminución en la capacidad para resolver problemas y una alteración en el auto-control. (Anderson, P. 2008) En definitiva, los jóvenes adultos experimentan más violencia que los grupos de más edad y esta ocurre principalmente en bares y clubs entre el sexo masculino, especialmente en bares con atmósfera muy permisiva donde hay más consumo de alcohol, más agresividad y como resultado más lesiones y en el hogar para el sexo femenino. En ambos casos la intoxicación en personas con una personalidad característica, impulsivos, tendencia al enfado, que les cuesta llegar a acuerdos y con carácter antipático lleva a la violencia, mucha gente se intoxica previamente a la agresión, con lo que la propia intoxicación está contribuyendo al resultado final.

También es importante considerar el Maltrato de ancianos y el alcohol, maltrato, abuso, abandono, explotación económica y marginación son algunas de las consecuencias de los consumos de alcohol bien en el agresor o en la víctima que finalmente pueden llegar al autoabandono, por la disminución de la esperanza de vida, por la aparición de enfermedades que incluso pueden originar conductas suicidas.

Algunos cuidadores que beben demasiado se aprovechan económicamente de los ancianos teniendo en cuenta además que se trata de personas vulnerables en ocasiones con un claro deterioro cognitivo. Algunas veces es el cuidador quien incita al consumo, en otras es el propio anciano quien consume para mitigar el sufrimiento.

A este respecto y según la OMS, la mayor parte de los estudios en los que se ha cuantificado el papel del alcohol en el maltrato de ancianos proceden de América del Norte y el Reino Unido. En los Estados Unidos, el 44% de los varones y el 14% de las mujeres que maltrataban a sus padres (de 60 años en adelante) tenían dependencia del alcohol o de drogas, al igual que el 7% de las víctimas. En Inglaterra, el 45% de los cuidadores que prestaban asistencia de relevo a personas mayores admitieron infligirles algún tipo de maltrato, y el consumo nocivo de alcohol por parte de dichos cuidadores era el factor de riesgo más significativo de maltrato físico. En Canadá, un pro-

grama extrainstitucional para personas de edad avanzada con problemas de consumo nocivo de alcohol o de otras sustancias notificó que el 15–20% de ellas padecía malos tratos psicológicos, físicos o económicos. También en Canadá, un estudio nacional de los casos de maltrato de ancianos registrados por organismos de todo el país halló que el 14,6% de los incidentes con daños tenían su origen en una gran borrachera del maltratador. En otro 18,7% de los casos los archivos indicaban que el maltrato era secundario al problema de consumo de alcohol (es decir, se consideró que éste era uno entre muchos factores de riesgo de maltrato). Existen además unos factores de riesgo añadidos en cuanto al agresor que suele presentar problemas económicos, dependencia del anciano o incluso trastornos mentales.

Y el último aspecto analizado por la OMS, y no por ello menos importante es el del Maltrato infantil y el alcohol. El maltrato de niños puede definirse como todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia, explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

Entre los factores de riesgo para que se produzca el maltrato a menores está el tener unos padres jóvenes, desempleados o socialmente aislados, antecedentes de violencia, familia monoparental y vivir en un hogar atestado.

Las consecuencias que podemos observar entre los niños son tanto el maltrato psicológico como físico (traumatismos, hematomas, quemaduras, fracturas, alteraciones del sueño...) Como en todos los supuestos anteriores, el consumo de alcohol por si mismo no produciría la acción violenta, pero si sumamos éste a algunos de los factores de riesgo que hemos relatado para cada caso la probabilidad se hace evidencia.

A pesar de que se han ido resaltando casos de agresión y violencia hacia los demás, en especial con abusos hacia el cónyuge y los hijos, existía la necesidad de realizar un estudio con un análisis estadístico que estableciese estas relaciones (Gerhard and Jüger, 2003), estos autores analizaron cuatro criterios, el absentismo laboral, los heridos casuales, los abusos o malos tratos y la agresión y violencia, aunque ya hemos establecido la diferencia para ambos conceptos, la literatura en general utiliza el termino agresión y violencia indistintamente. Los autores hacen una revisión de distintos estudios que tratan estos aspectos para llegar a las siguientes conclusiones: Muchos de los crímenes con violencia están relacionados con el consumo de alcohol. Como ya hemos comentado, varias teorías intentan explicar porque el consumo de alcohol incrementa la agresividad.

Una de estas teorías es la de la desinhibición, se trata de una teoría química sobre los efectos directos del alcohol sobre el cerebro, aunque los estudios experimentales no justifican la hipótesis de que el alcohol produzca agresividad por si mismo.

Otra teoría es la del aprendizaje social, ya que la influencia cultural marca que la expectativa de consumo pueda provocar agresividad, para corroborarlo se ha utilizado placebo, en lugar de etanol, produciéndose reacciones violentas. Ante la expectativa de que algo pase, finalmente puede acabar pasando.

La siguiente teoría explica que el alcohol contribuye indirectamente a incrementar la agresividad al causar una disminución de los niveles de conciencia y provocar cambios psicológicos, cognitivos y emocionales.

Por último, la hipótesis atencional, que viene a decir que ante una provoca-

“El 64% de los alcohólicos habían cometido malos tratos frente al 22% de los familiares.”



ción y con la desinhibición provocada por el consumo de alcohol se produce una respuesta agresiva, esta será más llamativa cuando tiene lugar dentro o con un grupo de iguales.

Como podemos observar todas las hipótesis tienen algo de las demás y es que la respuesta agresiva es debida a múltiples factores, siendo uno de ellos el consumo de alcohol que actuaría de disparador o incrementaría la respuesta.

La realidad es que durante los años 1992 al 1995 el National Crime Victimization Survey (NCVS) de EE.UU. llegó a la conclusión que el 37% de los crímenes cometidos durante ese período de tiempo, tenían relación con el alcohol. Otros estudios observacionales dan cifras de entre un 30 y un 90% (Greenfiel 1998)

Los problemas que con más frecuencia se han visto asociados a la violencia y consumo de alcohol en estos estudios han sido la pobreza, los problemas familiares, la personalidad antisocial y la predisposición genética.

En 1997 se realizó un metanálisis con 129 estudios en los que se llegó a la misma conclusión. (Lipsey and cols. 1997). En los estudios longitudinales se observó que la agresividad puede aparecer de forma más tardía, pero siempre se relaciona con conductas tempranas de violencia y consumos tempranos de alcohol, en estos estudios vuelven a aparecer las consecuencias sobre la familia, sobre el cónyuge o los hijos que pueden llegar a sufrir problemas sociales y médicos que persistirán en la edad adulta, siendo propensos a los conflictos y la violencia.

Finalmente, se ha observado que muchos de los agresores presentan un SINDROME DE DESCONTROL, el cual se caracteriza por cuatro síntomas:

1. Un historial de agresión física, sobre todo malos tratos a los hijos y a la esposa.
2. El síntoma de embriaguez patológica, es decir, el hecho de beber incluso una pequeña cantidad de alcohol desencadena actos de una brutalidad disparada.
3. Un episodio de comportamiento sexual impulsivo, incluyendo a veces agresiones sexuales.
4. Un historial de múltiples infracciones de tráfico y accidentes graves de automóvil.

Otros análisis:

Hemos hecho una valoración entre los usuarios que acuden las asociaciones de alcohólicos rehabilitados, para ello se ha pasado un cuestionario a un total de 172 personas de las asociaciones de alcohólicos rehabilitados de Albacete, Linares, Sanpedreña (Málaga), Cáceres y Madrid, todas ellas pertenecientes a la Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España (FARE)

Los entrevistados eran un 64% hombres y un 36% mujeres, el 65% eran alcohólicos y el 35% familiares, el 80% de la edad de los entrevistados estaba entre los 36 y 60 años, de ellos el 35'5% entre 41 y 50 años y de entre todos los entrevistados el 38% se consideraban víctimas de malos tratos y el 50% reconocieron haberlos cometido, es decir se consideraban agresores.

Los que recibieron malos tratos los cifraban como 13'4% m.t. físicos; 34'9% m.t. psicológicos; 1'7% m.t. sexual; 16'9% m.t. verbal.

Las mujeres fueron víctimas en el 65'5% de los casos frente al 21'8% de los varones ($p < 0'000$). De entre los entrevistados el 50% del grupo de entre 26-35 años fueron víctimas de malos tratos al igual que los del grupo de

41-50 años.

Los familiares son los que con mayor frecuencia sufren malos tratos, el 62'7% frente al 25% de los alcohólicos ($p < 0'000$).

En el 98'1% de los casos en que se producen malos tratos, el agresor estaba bajo los efectos del alcohol ($p < 0'000$), el 62'7% de los hombres encuestados había cometido malos tratos, frente al 27'9% de las mujeres.

El 64% de los alcohólicos habían cometido malos tratos frente al 22% de los familiares. Entre los que habían cometido malos tratos, declaraban haberlos infringido con las siguientes características: 18'6% m.t. físicos; 50% m.t. psicológicos; 2'3% m.t. sexual; 27'9% m.t. verbal

Por último, entre los que han cometido malos tratos, el 80% son varones y el 20% mujeres, el 83'71% alcohólicos y el 15% familiares.

Conclusiones y medidas:

El planteamiento estratégico ya lo definió la OMS en el año 2002 en su informe mundial sobre la violencia y la salud, pero en general las medidas a tomar deberían ir encaminadas a reducir la disponibilidad del alcohol, regular los precios de las bebidas alcohólicas, propiciando un incremento de los mismos, tratar los trastornos producidos por el alcohol e instaurar cribados e intervenciones breves.

Precisamente la OMS toma como medida preventiva frente a la violencia la reducción del acceso a las bebidas alcohólicas.

A pesar del paso de los años creemos que las medidas presentadas por García Mas (García Más M.P. 2002) siguen estando vigentes, ya que poco se ha avanzado en este terreno, entre ellas cabe destacar cuatro modelos de intervención, el ético – jurídico, el médico – sanitario, el psicosocial y el socio-cultural que daría lugar a las estrategias expuestas a continuación:

MODELOS	ESTRATEGIAS
Ético-Jurídico	Solución rápida y eficaz de los juicios por malos tratos; Incapacidad de sus parejas para custodia de los hijos; Presencia Asistente Social en las visitas a los hijos; Alejamiento del agresor; Reglamentación del número de visitas; Reforma de las leyes; Mayor protección a las mujeres maltratadas
Médico-Sanitario	Obligatoriedad de tratamiento psiquiátrico y de alcoholismo; Apoyo Psicológico; Elevar el precio de las bebidas
Psicosocial	Campañas de sensibilización
Socio-Cultural	Viviendas sociales; Ayudas económicas; Proporcionarles trabajos



El Modelo Minnesota

* Begoña García Galarza
 Máster en Drogadicciones y otras adicciones - Universidad de Deusto
 garciagalarza@gmail.com

Resumen:

Se trata de presentar y argumentar la validez del modelo de tratamiento de Minnesota originado en los Estados Unidos en los años cincuenta. Sus planteamientos han servido para desarrollar programas de rehabilitación para alcoholismo y otras drogas en el mundo. En estos modelos se estructura la atmósfera terapéutica para ofrecer el apoyo profesional y la guía necesaria para alcanzar las metas de tratamiento. Es un enfoque integral y multidisciplinario, orientado hacia la abstinencia y basado en los principios de los Doce Pasos. Los principios de Alcohólicos Anónimos (AA) y Narcóticos Anónimos (NA) son fundamentales. El modelo aboga por el concepto enfermedad sin cura, pero con recuperación, siempre y cuando se adhiera a las propuestas del programa. Con el tratamiento se pretende alcanzar dos metas a largo plazo. La primera, la abstinencia del alcohol y/o otras drogas. La segunda, una vida de calidad con salud física y emocional. Para lograr las metas a largo plazo, se trabaja con las metas a corto plazo que son:

1. Ayudar al adicto y a su familia a reconocer la enfermedad y sus consecuencias en su vida.
2. Ayudar a la persona a admitir que necesita ayuda y convencerse que podrá vivir una vida constructiva con la realidad de una enfermedad que no tiene cura.
3. Ayudar a la persona a identificar cuáles son las conductas que tiene que cambiar para poder vivir con la enfermedad en una forma positiva y constructiva.
4. Ayudar a la persona a traducir su entendimiento en acción para desarrollar un estilo de vida diferente. El modelo Minnesota incluye un programa de Cuidado Continuo desarrollado y estructurado como red de apoyo para la persona en recuperación.

Introducción-Justificación y Antecedentes

El interés por dar a conocer el Método Minnesota viene dado por la constatación del total desconocimiento del Método en el ámbito de los tratamientos de drogadicción utilizados en el País Vasco, cuando, sin embargo es usualmente empleado en numerosos países de todo el mundo desde mediados del pasado siglo y con plena vigencia en la actualidad.

Con el fin de darlo a conocer en este trabajo se acude a terapeutas, a directivos de algunos centros que lo utilizan, a documentación existente sobre el método en Internet, a bibliografía generada por los precursores y defensores del método y a pacientes usuarios.

El estudio se nutre de documentación proporcionada por profesionales que aplican el método actualmente en diversos centros de Cataluña, Madrid y Málaga.

También se ha contado con la colaboración de terapeutas que han sugerido bibliografía y enlaces de interés. Por otra parte también se plantea a quienes conocen este tema diferentes cuestiones sobre este método de tratamiento integral para poder concluir sobre sus puntos

positivos y negativos, si los tuviera, y así poder presentar el método dándolo a conocer como una alternativa a los utilizados y conocidos por los profesionales del sector.

El trabajo pretende explicar, e informar en base a la investigación y documentación y, sobre todo, aportar datos que ayuden en la lucha por encontrar soluciones a la particular angustia de quienes sufren la esclavitud de las drogas.

Justificación y Antecedentes

Las razones para dar a conocer este método se basan en la creencia y la constatación de la importante eficacia del mismo. Para empezar, por el carácter integral del tratamiento, que es algo que no existe en el entorno actual de investigación en drogadicciones. La falta de coordinación entre recursos de ayuda a la lucha contra la adicción, deshumaniza lo que debería de ser un trato individual y continuo y claramente personalizado. Esta carencia que se puede apreciar viene dada, más que nada por causas económicas que no permiten simultanear y conseguir sinergias entre recursos sino que acusan los trámites burocráticos con la consiguiente pérdida de tiempo y de oportunidades tan importantes para quien espera recibir un tratamiento para dejar las drogas.

Es un hecho comprobado que quienes tienen poder económico para acudir a un centro privado se benefician de los resultados positivos de su aplicación mientras muchos tienen que renunciar a ellos por falta de recursos suficientes.

La precariedad de los recursos sociales, primeros damnificados en las crisis económicas, hacen difícil la aplicación de un método como este pero sería bueno establecer como propuesta viable la unión y sincronización de estos recursos para acercarlos en la medida de lo posible al método Minnesota.

Con este propósito se procede a la descripción pormenorizada del mismo acompañada de testimonios personales y bibliográficos.

Se presentan a lo largo del trabajo diferentes aspectos clínicos de la atención terapéutica con pacientes adictos al consumo de sustancias. Se refiere al trabajo en clínicas de tratamiento especializadas, a las intervenciones psicoterapéuticas individuales y de grupo, al modelo de atención Minnesota, a los diferentes niveles terapéuticos y a aspectos éticos en el campo de las adicciones. Se explicará el Modelo Minnesota desde diferentes puntos de vista, seguido por los testimonios de quienes lo aplican y de un cuestionario realizado a pacientes rehabilitados a través de un grupo de una red social de Internet. El objetivo es ofrecer una visión global desde el punto de vista de los usuarios del método, tanto de los profesionales que lo aplican como de los pacientes que lo reciben.

La razón fundamental de esta investigación se centra en la esperanza de que pueda llegar a aplicarse desde las instituciones públicas un método con una historia de buenos resultados en la lucha contra la enfermedad de la drogadicción.



“Histórias e trajetórias de consumidores “não problemáticos” de drogas ilícitas”

* Olga Furriel de Souza Cruz
Doutorada em Psicologia, especialidade de Psicologia da Justiça,
pela Universidade do Minho
olgasouzacruz@gmail.com

“Histórias e trajetórias de consumidores “não problemáticos” de drogas ilícitas” é o título do trabalho de doutoramento de que agora damos conta.

A saliência pública do fenómeno de utilização de substâncias ilegais, a par da relativa ignorância a que persistem votadas algumas das suas manifestações (tanto socialmente como pela comunidade científica nacional e internacional), assumiram um papel preponderante na escolha do padrão de consumo/consumidor “não problemático” como objecto desta investigação. De facto, a maioria dos trabalhos científicos acerca das drogas, tanto a nível nacional como internacional, tem vindo a focar-se nas dimensões negativas e problemáticas do uso de substâncias ilícitas, em detrimento das experiências positivas e “funcionais”. Continua a discutir-se pouco o prazer e as dimensões hedonísticas desta prática, assim como os tipos de consumo em que as drogas são eficazmente conciliadas com a “vida convencional”. Ao longo das últimas duas décadas tem-se assistido, todavia, a um aumento dos estudos centrados em experiências de consumo que não se enquadram nos sobejamente discutidos perfis “problemáticos”. Tais trabalhos debruçam-se, entre outros, sobre padrões de utilização “recreativa”, sobre a “normalização” do uso de certas substâncias e sobre consumos “funcionais” e “não dependentes”. No entanto, do nosso ponto de vista, o conceito de consumo “não problemático”, proposto nesta dissertação, não se sobrepõe ao de consumo ‘recreativo’, desde logo por considerarmos que muitas destas utilizações recreativas podem ser problemáticas (e.g., utilização de grandes quantidades de drogas “recreativas” todos os fins-de-semana). Parece-nos, assim, particularmente relevante investir na exploração das múltiplas manifestações possíveis do consumo de drogas ilícitas que não se enquadram nas típicas representações “problemáticas”.

Também o discurso social dominante permanece focado nos aspectos negativos da utilização de substâncias ilegais e em representações pejorativas dos consumidores, potenciando a sua estigmatização e marginalização. Urge, portanto, fomentar a alteração destas crenças e significados, sobretudo como modo de promover um entendimento mais amplo e preciso acerca deste fenómeno e dos seus protagonistas, assim como, consequentemente, de cessar a sua estigmatização.

O objectivo central da investigação que agora apresentamos era construir, indutivamente, um modelo teórico para compreender de que modo certos utilizadores de drogas ilícitas conseguem manter os seus consumos “não problemáticos”. Do mesmo modo, pretendíamos contribuir para uma intervenção mais efectiva na minimização de padrões “problemáticos” e para um debate mais complexo sobre o fenómeno, reconhecendo a multiplicidade de tipos de consumos e de consumidores. Tais propósitos, aliados ao parco conhecimento sobre utilizações “não problemáticas” e ao carácter frequentemente “oculto” dos seus protagonistas, justificaram a opção por um design de investigação qualitativo. Começaram por se realizar entrevistas em profundidade a uma amostra intencional, diferenciando-se três grupos de consumidores: “não problemáticos” (n=9), “ex-problemáticos” (n=6) e “problemáticos” (n=6). Com base nos resultados do primeiro grupo construiu-se uma primeira versão da referida teoria, que foi, depois, enriquecida e validada através de uma nova consulta a estes participantes e da triangulação de fontes (entrevistas com outros grupos) e de metodologias (observação directa em contexto natural do uso de substâncias psicoactivas, acompanhada pela escrita de um diário de campo). O acesso aos sujeitos foi conseguido com uma estratégia do tipo snowball, tendo-se partido de informantes

privilegiados, e a análise dos dados baseou-se nas propostas da grounded analysis (Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 1990/1998).

Em termos de resultados, o material empírico obtido com as entrevistas aos três grupos e com a observação foi amplamente congruente entre si. Suintamente, a sua integração sugere que os consumos tendem a iniciar-se pela curiosidade sobre as drogas e pelas vivências com consumidores, sobretudo por estes facilitarem o acesso às substâncias. Tal iniciação tende a ocorrer com a cannabis, seguindo-se um período, mais ou menos longo, de experimentação de outras drogas ilegais, sobretudo estimulantes e alucinógenos. De acordo com os resultados, a manutenção de um consumo “não problemático” implica um processo constante de auto-regulação do uso das drogas que é informado, desde logo, por características dos consumidores, como a sua capacidade de auto-controlo. É-o também pela qualidade das experiências de consumo, já que os indivíduos vão moldando a utilização das drogas em função delas. Em concreto, as experiências positivas, que proporcionam prazer e que são as mais comuns, contribuem para a sua manutenção. Os aspectos negativos experienciados com certas substâncias, apesar de insuficientes para a cessação dos consumos, contribuem para a sua adaptação, num esforço de os evitar. Finalmente, algumas experiências realmente negativas com o uso de certas drogas, ainda que mais raras, fazem com que aquelas não voltem a ser usadas. Tal processo de auto-regulação é ainda informado pelas vivências com outros consumidores, pois operam como importantes meios de aprendizagem sobre as drogas. Além disso, envolve a ponderação constante da relação entre os custos e os benefícios desta prática, o desenvolvimento de concepções de risco e, em função destas, a adopção de cuidados de gestão dos consumos, ainda que, muitas vezes, de uma forma não conscientemente pensada nem aplicada. Realçam-se os cuidados que se referem ao tipo de substâncias usadas e à regularidade da sua utilização, pois é em torno destes que tende a definir-se o padrão de consumo actual. Este padrão, que tende a perdurar alguns anos e a não ser algo fugaz, envolve, em geral, o uso regular de canabinóides e a utilização apenas ocasional de todas as outras drogas ilícitas, sobretudo estimulantes. Na nossa amostra, estes e outros cuidados são desenvolvidos com o intuito de manter a funcionalidade nas várias áreas de vida, o que envolve três sub-objectivos: (i) controlar o consumo (através de cuidados relacionados com o tipo de drogas usadas, a regularidade e frequência dos consumos e os seus contextos e circunstâncias); (ii) preservar a imagem social e evitar o estigma (mediante cuidados relativos à ocultação do uso de drogas, à gestão da sua aquisição e aos contextos e circunstâncias do consumo); e (iii) obter efeitos positivos e evitar experiências desagradáveis (a partir de cuidados associados às quantidades e ao tipo de substâncias usadas, aos contextos e circunstâncias dos consumos e às vivências com outros consumidores).

Em conclusão, o trabalho que realizámos aponta para a necessidade de encarar o consumo de drogas ilegais em toda a sua complexidade e como um contínuo, desde um pólo “problemático” a outro “não problemático”. Sugere, também, a relevância de aprender com este último tipo de experiências, de modo a potenciar consumos “responsáveis” e a minorar padrões “problemáticos”. Além disso, aponta para a importância de promover estratégias de gestão dos prazeres e dos riscos, e de agir, inclusive através de pares, para estimular o envolvimento dos consumidores nos esforços interventivos e a concretização de um trabalho horizontal, dinâmico e em contexto natural.

Sociedade civil e Delegação Regional unidas no mesmo combate

O programa 'Xpressa-te' e o 'Informa-te' são programas de animação de rua, que vão de encontro à população mais jovem, visando a diminuição de riscos e redução de danos, sempre com um carácter de prevenção" comenta Paula Costa, Directora Regional da Prevenção e Combate às Dependências, adiantando que os programas são coordenados cientificamente pela mesma entidade, isto é, "em São Miguel são coordenados pela ARRISCA e na Terceira, são-no através de três instituições, a Cáritas, a AGITER e o Centro Comunitário da Terra Chã".

De acordo com os dados fornecidos por Paula Costa, dados relativos ao primeiro semestre de 2011 dão conta que já foram intervencionadas no arquipélago açoriano 6240 pessoas, um valor bastante superior relativamente ao ano 2010, cujo resultado anual dá conta de uma intervenção sobre cerca de 9400 pessoas e em 2009, apenas de 2800. Dados que apesar de toda a intervenção realizada e programas implementados vem demonstrar a expansão do fenómeno, bem como o aumento dos testes de despistagem, que também acabam por servir de intervenção. "É um valor muito superior quando comparado ao ano transacto. No ano passado, enquadrados também em outros programas, em termos globais em acções de prevenção foram intervencionadas 9400 pessoas. Apenas no primeiro semestre já o foram 6240. Nota-se portanto, um aumento bastante elevado de intervenção".

Redução de riscos e também redução de danos é o objectivo que se estende às faixas etárias mais jovens e às mais altas. "Escolas e espaços nocturnos são os locais onde a intervenção é mais forte", relatou a Directora Regional, avançando que os programas 'Xpressa-te' e 'Informa-te' se destinam a prestar intervenção junto dos espaços recreativos nocturnos: "junto destes espaços, a intervenção é muito focalizada para a população em geral, enfatizando as camadas jovens. O trabalho desempenhado pelas equipas é essencialmente de prevenção e, para isso utilizam instru-



mentos apropriados, como sendo, os guias, o trabalho de aconselhamento, a distribuição de preservativos, chupas, alcoolímetro, com a finalidade de observarem as condições em que se encontram os jovens e alertando-os para determinados cuidados a ter nas saídas nocturnas, como por exemplo, ter sempre o telemóvel com bateria e com algum valor disponível para chamadas de emergência, saber com quem vai para casa, estar atento sempre à sua bebida e, ter o cuidado necessário de a ir vigiando. Em suma, as equipas tentam alertar para a segurança nas saídas nocturnas, para que se previna o risco e se diminuam os consumos."

Paula Costa assegura que com a implementação dos programas, as situações mais complicadas não deixaram de acontecer, simplesmente "há já uma forma diferente de actuação perante as dependências. Há uma preocupação diferente. Este tipo de intervenção é difícil de quantificar, contudo, pelo perfil das equipas que temos no terreno, apercebemo-nos que os jovens apresentam uma atitude diferente relativamente ao consumo e aos cuidados a ter. Assistir a esta mudança de comportamentos, para nós é um feedback muito positivo, o que demonstra que a intervenção em curso, está a ter resultados".

Desde a criação do Programa 'Nova Meta – Vida Nova', cerca de 500 utentes já foram intervencionados, na ilha de São Miguel. No que concerne à ilha Terceira, o número de utentes ainda não é possível quantificar, uma vez que apenas desde Janeiro se encontra no terreno o programa de manutenção por substituição opiácea em baixo limiar. "O 'Percursos' tem o mesmo modelo de funcionamento que o 'Nova Meta – Vida Nova', o mesmo tipo de abordagem, as mesmas finalidades, sendo também um projecto móvel executado através da Casa do Povo da Terra Chã, em parceria com o Centro de Aditologia de Angra do Heroísmo", salienta a Directora Regional, que considera também que "estes programas visam chegar à população que não têm acesso ao Sistema de Saúde, ou que não o procuram. Estes programas de baixo limiar têm características diferentes em termos de requisitos, daquilo que é exigido ao doente, de forma a que ele consiga atingir os vários patamares dos tratamentos".

"5091 Jovens em programas de prevenção"

"385 Escolas envolvidas"

"72 Professores envolvidos"

"2156 Pessoas em tratamento"

"1272 Pessoas em programa de substituição opiácea"

"3171 Consultas"

"2673 Atendimentos"

Dados referentes ao 1º semestre de 2011

As drogas sintéticas são as mais consumida no mundo depois da cannabis

A Organização das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) alerta de que as drogas sintéticas são um risco crescente no mundo. Igualmente chama a atenção de que as drogas como o ecstasy e a metanfetamina, são o segundo tipo de estupefacientes ilegais mais consumidos.

Segundo o relatório a expansão do comércio da droga e os elevados lucros do crime representam uma ameaça crescente à segurança e à saúde em todo o mundo.

Enquanto a heroína e a cocaína têm atraído maior parte das atenções nos últimos anos, os números sobre as apreensões de Estimulantes de Tipo Anfetaminico (ATS) e a descoberta de laboratórios clandestinos revelam uma área de preocupação crescente. Considerando que as apreensões de heroína, cocaína e cannabis permaneceram praticamente estáveis no período de 2005 a 2009, as apreensões ATS (à exceção do ecstasy que se manteve constante) mostraram um claro aumento no mesmo período. Acessíveis e fáceis de fabricar, os ATS são drogas de escolha atraente para milhões de usuários de drogas em todas as regiões do mundo e oferecem aos criminosos uma entrada a mercados ainda não explorados. Ao contrário das drogas à base de plantas, como opiáceos e cocaína, drogas sintéticas podem ser fabricadas em qualquer lugar com baixo investimento inicial por parte dos criminosos.

De acordo com o Relatório, o número de comprimidos apreendidos de metanfetamina no Sudeste Asiático cresceu significativamente nos últimos anos: de 32 milhões em 2008, para 93 milhões em 2009 e 133 milhões em 2010.

“O mercado de ATS evoluiu de uma indústria caseira, caracterizada por operações de produção de pequena escala, para um tipo de mercado mais parecido com o da cocaína ou da heroína, um mercado com maior nível de integração e grupos do crime organizado envolvidos ao longo de toda a cadeia de produção e abastecimento”, disse o Director Executivo do UNODC Yury Fedotov. “Estamos a ver a fabricação expandir-se para novos mercados e rotas de tráfico, expandindo-se para áreas que não eram antes afectadas pelos ATS.”

O Relatório aponta para um aumento nos países do sudeste asiático que relatam a fabricação de ATS, ao mesmo tempo em que o tráfico inter-regional também vem sendo registado em países sem histórico prévio da droga. Entre 2008 e 2009, o número de laboratórios de ATS desmantelados no Oriente e no Sudeste da Ásia subiu de 288 para 458.

As metanfetaminas também se podem estar a expandir na Europa com vários países relatando um aumento no seu uso e produção. Há alguns sinais de que a droga pode estar substituindo as anfetaminas em certas partes do continente.

A África Ocidental - que se pensava ser pouco afectada pela fabricação e o tráfico ilícito de ATS - agora foi arrastada para o comércio. Ainda recentemente, em junho de 2011, um laboratório de metanfetaminas foi descoberto na Nigéria, enquanto ATS apreendidos em diversos países do Leste Asiático parecem ter origem na África Ocidental

Confirmando a propagação global dos ATS, a fabricação também está a ser cada vez mais relatada na América Central e do Sul, com laboratórios sendo desmantelados no Brasil, Guatemala e Nicarágua.

Além de anfetaminas e ecstasy, os mercados existentes de ATS estão assistindo ao surgimento de novas drogas estimulantes - as chamadas substâncias análogas - que estão fora do controle internacional. Emergindo em 2010, substâncias como a mefedrona ou a methylenedioxypropylvalerone (MDPV) são vendidas como “sais de banho” ou “alimento de plantas” e agem como substitutos para drogas estimulantes ilícitas como a cocaína. Altamente perigosas, mas ainda consideradas legais em muitos países, estas drogas continuam amplamente disponíveis na internet.

O uso de ATS por meio intravenoso é outra preocupação emergente com a generalização de problemas de saúde, principalmente considerando a sua ligação com a propagação do HIV e da AIDS. Indicadores apontam para um aumento nesta frente mais notavelmente no Leste e no Sudeste Asiático, bem como em partes da Europa Ocidental e Oriental.

“O número de comprimidos apreendidos de metanfetamina no Sudeste Asiático cresceu significativamente nos últimos anos: de 32 milhões em 2008, para 93 milhões em 2009 e 133 milhões em 2010.”



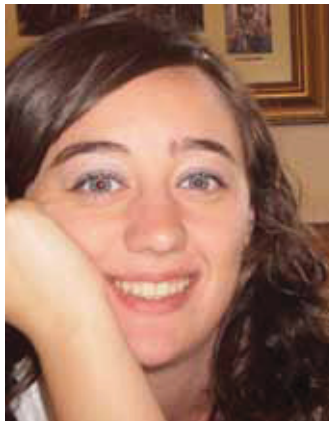
Divulgación como clave del éxito

* Mireia Pascual, correspondente em Espanha

Hay situaciones que vienen solas y otras a las que llegamos sin querer. Como periodista vives muchas experiencias que te impactan más o menos en función de tus intereses y del tiempo que dedicas a las cosas. Gran parte de mi tiempo está volcado en escribir artículos como este o reflexiones más banales en forma de poemas, tal vez por eso, me fijo cada vez más en lo que tengo a mi alrededor. Esta misma semana tuve la oportunidad de acceder a los magníficos estudios de Radio Televisión Española, que destacan, por el momento, y espero que así siga siendo, por su pluralidad y profesionalidad a la hora de tratar las informaciones. La segunda cadena de la televisión pública preparó una tertulia a la que invitó a Ángel Velasco, presidente de la Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España (FARE), a la terapeuta Beatriz Sandoval, a Francisco Pascual, miembro de Socidrogalcohol y del comité asesor de FARE y a Carles Brunet, un alcohólico que lleva dos meses sin beber y que además ha conseguido controlar su bipolaridad.

Lo que me estremeció fueron las palabras de Beatriz, que lleva 19 años sin beber y contaba como experiencia personal lo que había podido ver en los ojos de una mujer compañera de "fatigas", por así decirlo, la misma mirada que puede verse en cualquier mercado donde se venda pescado, una mirada muerta, perdida. Y que sin embargo, con el paso de los meses cómo esa misma mirada se había transformado en algo muy diferente. Las pupilas brillaban y el ojo parecía tener vida de nuevo.

Relatos de este tipo se pueden encontrar todos los días en cualquiera de las asociaciones de alcohólicos rehabilitados del país, pero no olvidemos el nuevo factor, el policonsumo, la mezcla de sustancias. Carles contó su experiencia también, relató su inicio en el consumo de alcohol, que luego vino acompañado de multitud de sustancias, dice que lo probaba todo, se desvinculó de sus amistades, de su familia, de sus obligaciones y su enfermedad estaba totalmente descontrolada, sus cambios de humor, de la euforia pasaba a la tristeza, se calmaba y se alteraba en cuestión de minutos y la situación se hizo insostenible. Y aquí viene la parte bue-



na, ¿qué es lo que le hizo dar el paso? Su padre. Él lo definió: "me salvó el amor, el amor hacia mi padre". "Mi padre es mayor y él siempre ha hecho cualquier cosa por mí, él ha estado en todos los momentos malos, y no podía soportar pensar que cuando muriese, se llevase con él mi estado. Él me hizo plantearme que debía hacer algo". Lo relataba éntre las cuatro paredes de la sala de espera, antes de enfrentarse a las cámaras, teletipos, focos y kilos de maquillaje. Donde poco después tendría la oportunidad de contar su historia ante toda España.

Seguro que su padre no pudo estar más orgulloso. Primero porque su hijo ha conseguido abstenerse del consumo y segundo porque además lo ha plasmado en un libro, "El alcohólico bipolar".

Son estos espacios televisivos los que deberían abundar. Otra de mis experiencias veraniegas me ha enseñado que el modo de dar la información es importante. Hace tiempo plasmé sobre estas mismas páginas cómo debían los medios de comunicación difundir una noticia sobre botellón. Que era necesario destacar la problemática entorno a la salud de los jóvenes antes que los desperfectos que causan en las calles o las protestas vecinales. Y lo repito porque esta misma mañana ha salido en el informativo de Televisión Valenciana eso mismo que yo crítico. Aunque también es verdad, que este no es el mejor ejemplo de televisión que se pueda poner, por su falta de ética periodística, nula profesionalidad y manipulación política más que evidente.

Por ese motivo reclamo, que son los espacios como los que se pueden encontrar en 'Todos con la dos', de tertulias, debates, etc, siempre enmarcados en la pluralidad informativa y el correcto tratamiento de los temas los que deben primar. Porque tan importante es que un adolescente entienda el problema de las drogas desde pronto, para no verse sumergido en esas edades tan tempranas de inicio que revelan los estudios; como que un adulto pueda darse cuenta de que lo tiene en su propia casa y ponga remedio. Y porque no olvidemos que la televisión, sigue siendo, por suerte o por desgracia, el medio de comunicación más consumido.



sabemos que juntos
geramos uma boa energia



SIMPLY CLEVER

ŠKODA



Novo ŠKODA Superb 1.6 TDI Greenline
desde €27.000*



Emissão de CO₂ de 114 g/km
Consumo combinado de 4,4 l/100km

*Preço inclui todos os impostos e acessórios. O TDI Greenline é equipado com Start-Stop e novo freio de estacionamento, participando do programa de redução de consumo de combustível. Consulte o site para obter informações mais detalhadas.

O futuro é superb.

O novo ŠKODA Superb GreenLine apresenta o melhor da sua classe:

- Consumo combinado de 4,4L/100km
- Emissões de CO₂ de 114 g/km
- Sistema Start-Stop
- Bagageira com capacidade de 633L até 1.865L (versão Break)
- Sistema de Recuperação de Energia na Travagem

TEST DRIVE

808 50 99 50

SIVA

ŠKODA recomenda
Castrol EDGE Professional



Personalize o seu Škoda no configurador em www.skoda.pt