

32. B. MORENO KÜSTNER, *El registro de casos de esquizofrenia de Granada*, 2005.

33. A. REY, E. JORDÁ, F. DUALDE y J. M. BERTOLÍN (eds.), *Tres siglos de psiquiatría en España (1736-1975)*, 2006.

34. R. GÓMEZ ESTEBAN, E. RIVAS PADILLA, *La práctica analítica en las instituciones de Salud Mental*, 2005.

35. J. LEAL RUBIO, A. ESCUDERO NARS (eds.), *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en Salud Mental*, 2006.

36. F. PÉREZ (ed.), *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*, 2006.

37. A. DíEZ PATRICIO, R. LUQUE LUQUE (eds.), *Psicopatología de los síntomas psicóticos*, 2006.

38. A. DíEZ PATRICIO, *Análisis del discurso psicótico*, 2006.

39. R. GÓMEZ ESTEBAN, E. RIVAS PADILLA (eds.), *La integración del psicoanálisis en la sociedad de nuestro tiempo*, 2007.

40. J. M. COMELLES, M. BERNAL (eds.), *Salud mental, diversidad y cultura*, 2008.

41. A. RETOLAZA (ed.), *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*, 2009.

42. I. MARKEZ ALONSO, A. FERNÁNDEZ LIRIA, P. PÉREZ-SALES (eds.), *Violencia y salud mental. Salud mental y violencias institucional, estructural, social y colectiva*, 2009.

43. J. CARMONA, F. DEL RÍO NORIEGA (eds.), *Gestión clínica en salud mental*, 2009.

44. R. GÓMEZ ESTEBAN, E. RIVAS PADILLA (eds.), *El psicoanálisis en lo social y en lo político*, 2009.

45. Ó. MARTÍNEZ AZUMENDI, N. SAGASTI, O. VILLASANTE (eds.), *Del Pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría*, 2011.

47. M. DESVIAT, A. MORENO (eds.), *Acciones de Salud Mental Comunitaria*, 2012.

48. E. MOLLEJO APARICIO (coord.), *Los trastornos mentales graves en la infancia y adolescencia*, 2012.

49. A. ESPINO GRANADO (coord.), *Vida laboral, estrés y salud mental*, 2012.

50. Ó. MARTÍNEZ AZUMENDI, I. GONZÁLEZ LLONA (comps.), *Escenarios*, 2013.

51. D. SIMÓN LORDA, C. GÓMEZ RODRÍGUEZ, A. CIBEIRA VÁZQUEZ, O. VILLASANTE (eds.), *Razón, locura y sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI*, 2013.

52. J. SALOMÓN MARTÍNEZ, H. D. SIMOND (eds.), *Grupos de terapia multifamiliar. ¿Qué son, cómo funcionan, qué ventajas ofrecen?*, 2013.

53. E. RIVAS PADILLA, A. CEVERINO DOMÍNGUEZ (eds.), *Teoría y Práctica psicoanalítica de las psicosis*, 2014.

54. G. THORNICROFT, M. TANSELLA, *La mejora de la atención de salud mental*, 2014.

55. B. SARACENO, *El fin del entretenimiento. Manual de rehabilitación psiquiátrica*, 2014.

56. I. MARKEZ (coord.), *Adicciones: conocimiento, atención integrada y acción preventiva*, 2015.

57. E. GAY PAMOS, J. CARMONA CALVO, F. DEL RÍO NORIEGA (coords.), *El sujeto. El sujeto de la conducta, el sujeto de la relación, el sujeto en la sociedad actual*, 2015.

58. V. APARICIO BASAURI, T. ANGOSTO SAURA (coords.), *El componente de salud mental en el hospital general*, 2015.



ISBN: 978-84-95287-75-5



ADICCIONES: CONOCIMIENTO, ATENCIÓN INTEGRADA Y ACCIÓN PREVENTIVA

A. E. N. / ESTUDIOS

IÑAKI MARKEZ
(Coord.)

ADICCIONES:
CONOCIMIENTO, ATENCIÓN INTEGRADA
Y ACCIÓN PREVENTIVA



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
ESTUDIOS

Colección Estudios

1. M. GONZÁLEZ CHÁVEZ (ed.), *La trasnformación de la asistencia psiquiátrica*, 1980.

2. A. PORTERA, F. BERMEJO (eds.), *Demencias*, 1980.

3. S. MASCARELL (ed.), *Aproximación a la histeria*, 1980.

4. T. SUÁREZ, C. F. ROJERO (eds.), *Paradigma sistémico y terapia familiar*, 1983.

5. V. CORCÉS (ed.), *Aproximación dinámica a las psicosis*, 1983.

6. J. ESPINOSA (ed.), *Cronicidad en psiquiatría*, 1986.

7. J. L. PEDREIRA MASSA (ed.), *Gravedad psíquica en la infancia*, 1986.

8. J. A. FERNÁNDEZ SANABRIA, J. MAURA ABRIL, A. RODRÍGUEZ GÓMEZ (eds.), *I Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la A.E.N.*, 1986.

9. R. INGLOTT (ed.), *El quehacer en salud mental*, 1989.

10. C. CASTILLA DEL PINO (ed.), *Criterios de objetivación en psicopatología*, 1989.

11. A. BAULEO, J. C. DURO, R. VIGNALE (eds.), *La concepción operativa de grupo*, 1990.

12. R. FERNÁNDEZ, M. A. GARCÍA CARBAJOSA, J. L. PEDREIRA MASSA (eds.), *La contención*, 1990.

13. M. DESVIAT (ed.), *Epistemología y práctica psiquiátrica*, 1990.

14. A. INGALA, R. GÓMEZ, J. FRÈRE, A. GONZÁLEZ, *II y III Jornadas de la Sección de Psicoanálisis, «El malestar en la cultura»*, 1992.

15. P. SANROMÁN VILLALÓN (ed.), *Jornadas sobre salud mental y ley. Malos tratos a menores, malos tratos a mujeres, separaciones y divorcios*, 1993.

16. C. F. ROJERO, T. SUÁREZ (eds.), *Psicosis de la infancia y la adolescencia*, 1993.

17. V. APARICIO BASAURI (ed.), *Evaluación de servicios en salud mental*, 1993.

18. J. MAS HESSE, A. TESORO AMATE (eds.), *Mujer y salud mental. Mitos y realidades*, 1993.

19. A. FERNÁNDEZ LIRIA, M. HERNÁNDEZ MONSALVE, B. RODRÍGUEZ VEGA (eds.), *Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración*, 1997.

20. R. GÓMEZ ESTEBAN (ed.), *Grupos terapéuticos y asistencia pública*, 1997.

21. J. LEAL RUBIO (ed.), *Equipos e instituciones de salud (mental), salud (mental) de equipos e instituciones*, 1997.

22. C. POLO, *Crónica del manicomio*, 1999.

23. F. SANTANDER (ed.), *Ética y praxis psiquiátrica*, 2000.

24. F. RIVAS (ed.), *La psicosis en la comunidad*, 2000.

25. E. GONZÁLEZ, J. M. COMELLES (eds.), *Psiquiatría transcultural*, 2000.

26. F. CARLES, I. MUÑOZ, C. LLOR, P. MARSET, *Psicoanálisis en España (1893-1968)*, 2000.

27. T. ANGOSTO, A. RODRÍGUEZ, D. SIMÓN (eds.), *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría*, 2001.

28. C. GISBERT (ed.), *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental*, 2003.

29. A. ESPINO, B. OLABARRÍA (eds.), *La formación de los profesionales de la salud mental en España*, 2003.

30. M. HERNÁNDEZ MONSALVE, R. HERRERA VALENCIA, *La atención a la salud mental de la población reclusa*, 2003.

31. J. M. ÁLVAREZ, R. ESTEBAN (eds.), *Crimen y locura*, 2005.

ADICCIONES:
CONOCIMIENTO, ATENCIÓN INTEGRADA
Y ACCIÓN PREVENTIVA

IÑAKI MARKEZ
(Coord.)

**ADICCIONES:
CONOCIMIENTO, ATENCIÓN INTEGRADA
Y ACCIÓN PREVENTIVA**

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
MADRID
2015

Textos de la Ponencia “Adicciones: Conocimiento, atención integrada y acción preventiva”
presentada en el XXVI Congreso de Salud Mental de la AEN
Valencia, 11-13 junio de 2015

© Los autores

© Asociación Española de Neuropsiquiatría. Profesionales de Salud Mental. 2015

Ilustración de portada:

Detalle de “*Recordando a Ibarrola y Chillida*”. Autor: Iñaki Markez, 2006.



Edita: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).
C/ Magallanes, 1, sótano 2, local 4 / 28015 Madrid /
Tel. 636 725 599. www.aen.es

Derechos: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2015

C/ Magallanes, 1, sótano 2, local 4 / 28015 Madrid / Tel. 636 725 599

ISBN: 978-84-95287-75-5

Depósito Legal: BI-554-2015

Impreso en España. Unión Europea

Impresión: Imprenta Arenas, S.L. Ezequiel Aguirre, 15 bajo, 48930 Las Arenas-Getxo. Bizkaia.

Distribución: LATORRE LITERARIA. Camino Boca Alta, 8-9. Polígono El Malvar.

28500 Arganda del Rey (Madrid)

Disponible a la venta en: www.tienda-aen.es

Director de la edición: Óscar Martínez Azumendi.

AUTORÍA

- **Iñaki Markez Alonso** (Coordinador). Psiquiatra en Avances Médicos (AMSA) y en Zubiok, Instituto Vasco de Psicoterapia, Bilbao. Correo-e: imarkeزالonso@gmail.com
- **Xabier Arana Berastegi**. Doctor en Derecho, Profesor del Instituto Vasco de Criminología (IVAC/KREI), UPV/EHU. Miembro del “Grupo de Investigación en Ciencias Criminológicas” (GICCas), Donostia. Correo-e: xabier.arana@ehu.es
- **Elisabete Aróstegui Santamaría**, Psicóloga, Criminóloga. Instituto Deusto de Drogodependencias UD, Bilbao, Correo-e: elisabete.arostegui@deusto.es
- **Aiora Arrieta Iraurgi**. Psicóloga. Técnica de Prevención de Adicciones y Promoción de la Salud de la Mancomunidad de Servicios de Uribe Kosta (Ortzadar SL). Correo-e: arrietaaiora@gmail.com
- **Luis Fernando Barrios Flores**. Doctor en Derecho. Cuerpo Especial de Instituciones Penitenciarias (Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante). Profesor Asociado de Derecho Administrativo de la Universidad de Alicante. Correo-e: luisbarrios@ua.es
- **Alessandro Bua Petralia**, Licenciado en Derecho, Técnico Unidad Inclusión Social en Médicos del Mundo, Madrid, Correo-e: alessandro.bua@medicosdelmundo.org
- **Luis F. Callado Hernando**. Profesor del Dpto. de Farmacología, Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU) y Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM. Bilbao. Correo-e: lf.callado@ehu.es
- **Sonia Costillas Caño**, Trabajadora Social, Centro Hontza de Cáritas, Área de Adicciones. Bilbao. Correo-e: scostillas@caritasbi.org
- **Diana Crego Cordón**, Lda. en Psicología, Máster en Salud Mental y Terapias Psicológicas (UD). Correo-e: dn.crego@gmail.com
- **Pedro Cuadrado Callejo**, Psiquiatra. Jefe Sº de Salud Mental y Responsable del Programa de Alcoholismo y otras adicciones del Servicio de S. Mental Vallecas Villa., Consejería de Sanidad, Madrid. Correo-e: pedro.cuadrado@salud.madrid.org
- **Francisco González-Saiz**. Psiquiatra, Coordinador USMC Villamartín. UGC Salud Mental. Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz, Servicio Andaluz de Salud. Correo-e: pacogonzalez62@hotmail.com
- **Ana Estévez**. Doctora en Psicología. Profesora del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Investigadora y responsable de la línea de investigación Adicciones sin sustancia. Correo-e: aestevez@deusto.es
- **Esther García Usieto**. Psiquiatra, en el Hospital de Sierrallana (Torrelavega), Servicio Cántabro de Salud. Correo-e: egusieto@gmail.com

- **Francisco Garrido.** Profesor Titular de Filosofía Moral y Política. Universidad de Jaén.
Correo-e: fpena@ujaen.es
- **Marta Hernández García.** Médico Interno Residente de Psiquiatría en Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Máster Psicoterapia, Perspectiva integradora. Correo-e: marhegar@hotmail.com
- **Joan Carles March Cerdá.** Profesor en la Escuela Andaluza de Salud Pública, Doctor en Medicina Preventiva y Salud Pública, Granada. Correo-e: joancarles.march.easp@juntadeandalucia.es
- **Carmen Meneses Falcón.** Dra. en Antropología Social y Cultural. Profesora del Dpto. de Sociología y Trabajo social de la Universidad Pontificia de Comillas, Madrid.
Correo-e: cmeneses@chs.upcomillas.es
- **Manuel Mestre Guardiola.** Psicólogo. Director del Centro de Psicoterapia y Sexología de Castellón.
Correo-e: mmestre@cop.es
- **Virginia Montañés Sánchez.** Lda. en CC. de la Información y Antropóloga Social. Coordina la Comisión de Estudio para la Regulación del Cannabis en Andalucía.
Correo-e: virginia.montanes@yahoo.es
- **María de la Villa Moral Jiménez.** Profesora Titular de Psicología Social en la Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo. Correo-e: mvilla@uniovi.es
- **César Pascual Fernández.** Médico. Director gerente del Hospital Marqués de Valdecilla, Santander. Cantabria. Correo-e: c.pascual@humv.es
- **Fernando Pérez del Río.** Dr. en Psicología, psicólogo y director de Servicios Generales en Proyecto Hombre (Gamonal) y Profesor en la Universidad de Burgos.
Correo-e: fernando@proyectohombreburgos.com
- **M. Carmen Pernía Higuera.** Psiquiatra. Unidad de Patología Dual, Pedrosa. Cantabria.
Correo-e: mcperniahiguera@yahoo.es
- **Salvador Rodríguez Rus.** Médico especializado en Adicciones, Centro Provincial Drogodependencias, Jaén y PsicoMedical del Sur, Jaén. Correo-e: yayarus@gmail.com
- **Gabriel Roldan Intxausti.** Psicólogo, especialista en Psicología clínica. Psicoterapeuta. Grupoanalista. Consultor organizaciones. San Sebastián. Correo-e: gabriel@cop.es
- **Nuria Romo Avilés.** Lda. en CC. Políticas y sociología, Dra. en Antropología social, profesora de Antropología de la Salud, Instituto Universitario de Investigación de Estudios de las mujeres y de Género, Universidad de Granada. Correo-e: nromo@ugr.es
- **Izaskun Sarabia Gonzalvo,** Educadora social, Doctora en Educación, Máster en Drogodependencias, Bilbao. Correo-e: izas.sarabia@gmail.com
- **Nabil Sayed Ahmad Beiruti.** Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Comunitaria de Roquetas de Mar- Complejo Hospitalario de Torrecárdenas de Almería, Servicio Andaluz de Salud.
Correo-e: nabilsab@gmail.com

- **Carlos Sirvent Ruiz.** Psiquiatra, especialista en Comportamientos adictivos. Fundación Instituto Spiral (Madrid y Oviedo). Profesor cursos experto Universidad de Oviedo. Correo-e: csr@institutospiral.com
- **Antonio Terán Prieto.** Psiquiatra. Coordinador y responsable médico y de formación MIR del Centro de Atención a Drogodependientes “San Juan de Dios” de Palencia. Correo-e: aterpri@telefonica.net
- **José R. Ubieto Pardo.** Psicólogo clínico y psicoanalista. Coordinador del Programa Interxarxes (2000-11) impulsado por el Ajuntament de Barcelona, Diputación de Barcelona y Generalitat de Catalunya. Correo-e: jubieto@yahoo.es
- **Juan Carlos Usó Arnal.** Licenciado en Historia Contemporánea, doctor en Sociología, investigador de la historia de las drogas. Castellón. Correo-e: jcuso@hotmail.com
- **Roberto Verdugo Parra,** psicólogo, postgrado en el Institute of Group Analysis de Londres y experto en drogodependencias por la UCM. Trabaja en comunidad de Proyecto Hombre, Santander. Correo-e: verdugoroberto@hotmail.com

Índice

Presentación, Iñaki Markez.....	11
1. Conceptos y Contexto	15
1- <i>Contextualización de la cuestión de las drogas. Sus Modelos y Discursos,</i> Iñaki Markez	21
2- <i>La creación de un “problema de drogas” en el Estado español: un origen centenario,</i> Juan Carlos Usó e Iñaki Markez.....	43
3- <i>Las drogas: tendencias epidemiológicas,</i> Iñaki Markez	57
4- <i>Vulnerabilidad: factores de riesgo y de protección ¿caras de una misma moneda?,</i> Iñaki Markez y Aiora Arrieta.....	81
5- <i>Impacto de la crisis económica en el consumo de drogas,</i> Francisco Garrido, Salvador Rodríguez Rus.....	95
6- <i>Malestares en las mujeres y usos diferenciales de psicofármacos: propuestas críticas</i> <i>desde el feminismo,</i> Nuria Romo, Carmen Meneses	113
7- <i>Medios de Comunicación y drogodependencias,</i> Joan Carles March Cerdá.....	127
2. Síntomas y Reconocimiento	145
1- <i>Cuando beber no es divertido: vigencia del concepto sindrómico de la dependencia</i> <i>del alcohol,</i> Francisco González	151
2- <i>La patología dual. Comorbilidad en la clínica y en las cuestiones que no se difunden.</i> <i>¿Invento o realidad?,</i> Marta Hernández García y Antonio Terán.....	167
3- <i>Adicción y perpetuación del sentido de irrealidad,</i> Carlos Sirvent	179
4- <i>Las apuestas deportivas en jóvenes y adolescentes: nuevas formas de juego,</i> Ana Estévez, Diana Grego.....	209
5- <i>Adicciones sin drogas y las nuevas tecnologías. La adición a Internet ¿un trastorno o</i> <i>muchos?,</i> Fernando Pérez del Río, Iñaki Markez.....	221
6- <i>La dependencia afectiva en las adicciones,</i> Fernando Pérez del Río, Manuel Mestre, Roberto Verdugo	235
7- <i>Evaluación de las adicciones: reconocimiento y atención integrada,</i> Esther García Usieto, M. Carmen Pernía, César Pascual, Iñaki Markez.....	251

3. Terapias e Investigación.....283

- 1- *El proceso terapéutico. Tratamiento, terapias, fármacos y otras cuestiones en las adicciones*, Fernando Pérez del Río, Iñaki Markez 289
- 2- *La sed y la renuncia. Bases para una psicoterapia del alcoholismo*, Pedro Cuadrado 305
- 3- *Reflexiones sobre los ballazgos en investigación farmacológica de aplicación en las Adicciones*, Luis F. Callado 329
- 4- *Contextos de vulnerabilidad y actuaciones con personas en riesgo de exclusión social*, Nabil Sayed Ahmad Beiruti 341
- 5- *Trabajo en red y adicciones. Una práctica colaborativa para regenerar el vínculo profesional*, José Ramón Ubieto 355

4. Intervenciones y Prevención 365

- 1- *Intervención psicosocial y psicoeducativa con menores con consumo problemático de drogas: superando el Principio de Lampedusa*, María de la Villa Moral Jiménez..... 369
- 2- *Nuevas tecnologías y prevención del uso de drogas en el colectivo adolescente y juvenil*, Izaskun Sarabia 395
- 3- *Desprotección y cuidado de los profesionales y equipos sociosanitarios*, Gabriel Roldán.. 405
- 4- *El valor del vínculo y los procesos de incapacitación y tutelaje con personas en exclusión social*, Elisabete Arostegui, Izaskun Sarabia, Sonia Costillas, Alessandro Bua..... 423

5. Políticas e Institución.....435

- 1- *Políticas de Drogas y globalización*, Iñaki Markez y Fernando Pérez del Río..... 439
- 2- *Instituciones europeas, participación de la sociedad civil y sociedades, científicas y de usuarios*, Virginia Montañés, Iñaki Markez..... 455
- 3- *Gestión de calidad y atención a las dependencias*, César Pascual..... 475
- 4- *Ética y legislación en la intervención con drogodependientes*, Luis Fdo. Barrios 491
- 5- *¿Es posible una política alternativa ante el fenómeno social de las drogas?*, Xabier Arana, Iñaki Markez 511

6- A modo de conclusiones.....537

Iñaki Markez Alonso, Esther García Usieto, María de la Villa Moral Jiménez,
Fernando Pérez del Río.

PRESENTACIÓN

Iñaki Markez

En la mayoría de las sociedades y en cualquier momento histórico, las sustancias con capacidad de modificar la conciencia han sido usadas por hombres y mujeres con finalidades muy diferentes. Los estudios sobre los usos de drogas coinciden en considerar la interacción entre los elementos que conforman el fenómeno (sustancias, personas y contextos). Tras estos elementos se ocultan valores, ideologías, modelos e intereses que debemos conocer y analizar en profundidad cuando se pretende dar respuesta a los problemas en los ámbitos familiares, educativos o comunitarios, asociados a los usos y abusos que pueden desembocar en conductas adictivas.

Podemos revisar la historia y comprobar como hace un siglo existía una creciente preocupación de los médicos especialistas por la enfermedad mental, y por ello por el alcoholismo y las toxicomanías lo que favoreció la fundación de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) en 1924 y de la Liga Española de Higiene Mental en 1926 que integraron entre sus objetivos la realización de actividades preventivas, asistenciales y de debate en el campo de los consumos excesivos de diversas sustancias, algo que duró hasta la guerra de 1936-39. Como señalamos más adelante, a instancia de estas sociedades científicas en 1931 se constituyó el Consejo Superior Psiquiátrico, presidido por Gonzalo Rodríguez Lafora, y promulgada la Ley de Internamiento del Enfermo Psiquiátrico, donde se señalaba a la “toxicomanía incorregible” como causa explícita de ingreso psiquiátrico, ley que continuó vigente hasta 1983.

Tendrían que pasar varias décadas hasta que en el VII Congreso Nacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatría celebrado en Pamplona en 1962 tuviera

una ponencia sobre “El alcoholismo en España” que, tras un fuerte debate, situó el alcoholismo como uno de los problemas psiquiátricos y sociales más importantes en España. Y una década más tarde, en el XI Congreso de la AEN celebrado en 1971 en Málaga se presentó la ponencia “Toxicomanías actuales” (1).

Después, en eventos más recientes y hasta esta ponencia que ahora se presenta, solo ha habido capítulos parciales integrados en otros trabajos de mayor amplitud presentados en los últimos congresos:

Así en el XXII congreso de la AEN celebrado en Oviedo en el año 2003, en la ponencia presentada sobre *La atención a la salud mental de la población reclusa*, tuvo un capítulo sobre “Atención a las drogodependencias en los centros penitenciarios” (2); la ponencia sobre *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en Salud Mental* presentada en el XXIII congreso de Bilbao en el año 2006, tuvo un capítulo sobre “Salud mental y drogodependencias” (3); en el XXIV congreso de la AEN en Cádiz en 2009, se presentó la ponencia *Trastornos mentales comunes: manual de orientación* donde aparecieron varios capítulos sobre los tratamientos farmacológicos y sus límites y la iatrogenia (4); en el XXV congreso de Tenerife en 2012 fue presentada la ponencia *Acciones de Salud mental en la Comunidad* donde había dos capítulos, uno sobre “Atención a la problemática del Alcoholismo en la Comunidad” y otro sobre “Atención al problema de las Toxicomanías” (5,6).

Finalmente señalar el trabajo que desde finales de 2011 y durante un año, estuvo en torno a la elaboración de un libro-guía sobre *Atención y Tratamientos en Prisión por el uso de drogas* (7) por el Grupo de Salud Mental en Prisión, equipo de trabajo con miembros de la AEN y de la SESP, presentado simultáneamente en el IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP) en Madrid, y en las III Jornadas del Norte de la AEN en Gijón, en Noviembre 2012, y poco después, en otras ciudades.

Este texto que ahora se presenta, pone de relieve cambios producidos en los conceptos y contextos, en la aparición de nuevas pautas de reconocimiento del síntoma y en las respuestas asistenciales y preventivas, en los problemas derivados de las «epidemias» de unas u otras sustancias, de unos u otros modos de consumo. Tras comprobar que se han invertido grandes recursos, ofrecidos muchas oportunidades y tratamientos para quienes consumen, para atender ahora a toda esa cohorte de antiguos, nuevos y actuales consumidores, muchos de ellos en situación de exclusión social. En este contexto, hay un interés creciente por su recuperación y reinserción social. A medida que envejece esta población o por crecimiento de

las consecuencias de la crisis social y económica, es probable que aumenten los sectores más vulnerables a una serie de problemas de salud. Todo ello conociendo mejor las políticas, la legislación y los modos de participación en este campo.

Por eso esta ponencia pretende ofrecer:

- Conocimiento sobre los elementos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, y comprender la complejidad de las adicciones a fin de que, tanto a nivel personal como profesional, adquieran competencias que les permitan adoptar medidas de protección y promoción de la salud.
- Perspectiva del fenómeno de las adicciones con amplitud de miras (antropológica, psicosocial, socioeducativa y estructural) que ayude a desmitificar ideas preconcebidas sobre pautas y motivaciones consumo.
- Competencia para la intervención profesional y poder obtener recursos los profesionales de la salud mental que trabajen desde la clínica en procesos asistenciales, de investigación, prevención y promoción de la salud.
- Conocimiento de programas e iniciativas novedosas que se están llevando a la práctica destinadas a la atención del consumo de drogas.

Estamos necesitados de más claridad en el discurso y en las medidas sobre las drogas. Y menos oscuridad prohibicionista. Si el discurso actual, el del pasado y pasado reciente, ha generado problemas, tiene grandes limitaciones se hace necesario tener voluntad para cambiarlo. Y no olvidemos que la norma, como casi todo en esto de las drogas, no se hizo para ser cumplida necesariamente sino que era y es legislación simbólica destinada a impactar sobre la comunidad.

Esta ponencia elaborada por un amplio plantel de personas cualificadas en este campo hace que la AEN pueda ofrecer un documento que sea referente en un área de intervención de tan elevada repercusión social y donde participamos muchos profesionales. No pretendemos responder a todos los interrogantes e insuficiencias, máxime cuando sabemos que con frecuencia las respuestas o las soluciones no son únicas. Sí pretendemos ser un buen recurso de aproximación y reflexión ante los fenómenos asociados a las adicciones.

Enero 2015

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Santodomingo J. Historia de las adicciones y su abordaje en España. En MA. Torres, J. Santodomingo, F. Pascual, F. Freixa y C. Álvarez: *Historia de las Adicciones en la España contemporánea*. Socidrogalcohol, 2009.

- 2- Markez I, Merino PP, Póo M. Atención a las drogodependencias en los centros penitenciarios. En Hernández M, Herrera R (Coords.): *La atención a la salud mental de la población reclusa*. Edita AEN, Colección Estudios, 30. Madrid, 2003.
- 3- Martí V, Borrás, T. Salud mental y drogodependencias. En J. Leal y A. Escudero (Coords.): *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en Salud Mental* Edita AEN, Colección Estudios, 35. Madrid, 2006.
- 4- Retolaza A. (Coord.). *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*. Edita AEN, Colección Estudios, 41. Madrid, 2009.
- 5- Cuadrado P. Atención a la problemática del Alcoholismo en la Comunidad. En M. Desviat y A. Moreno (Coords.): *Acciones de Salud mental en la Comunidad*. Ed. AEN, Colección Estudios, 47. Madrid, 2012.
- 6- Markez I, Pérez del Río F. Atención al problema de las toxicomanías. En M. Desviat y A. Moreno (Coords.): *Acciones de Salud mental en la Comunidad*. Ed. AEN, Colección Estudios, 47. Madrid, 2012.
- 7- Markez I, Iñigo C. (Coords.). *Guía. Atención y tratamientos en prisión por el uso de drogas*. Edita GSMP/ OM Editorial. Bilbao, 2012.

Sección 1.

Conceptos y contexto.

Es importante la contextualización de la cuestión de las drogas clave para comprender los fenómenos asociados a las adicciones. Contextos que tanto influyen en la configuración del fenómeno y las representaciones sociales cara a la definición de posteriores estrategias de actuación.

- En el capítulo sobre **Contextualización de la cuestión de las drogas** de Iñaki Markez se ofrecen los modelos explicativos y los discursos dominantes que permiten un acercamiento al marco conceptual para, después, abordar la información empírica conocida, preámbulo del conocimiento de causas y factores por las que las personas consumimos diferentes sustancias, lo que será de gran utilidad en el ámbito de la atención de quienes lo demanden y precisen. Modelos, discursos o teorías son producto de la práctica y consolidan un marco teórico para comprender mejor lo relativo a la cuestión de las drogas y las conductas de consumo que, en algunas ocasiones, pueden conducir a las dependencias.

- Para entender la creación del “problema de drogas” en el Estado español, no podemos olvidar la presión mediática generada hace un siglo como ya refleja el capítulo titulado **La creación de un “problema de drogas” en el Estado español: un origen centenario** de Juan Carlos Usó e Iñaki Markez. Una presión que resultó decisiva para que el gobierno de entonces decidiera abrazar la cruzada internacional contra las drogas desatada tras la firma del Convenio Internacional de La Haya sobre Restricción en el empleo y tráfico de opio, morfina, cocaína y sus sales en 1912. Tras la entrada en vigor de aquella legislación, la corrupción de no pocos farmacéuticos y médicos fue una consecuencia notoriamente extendida, entre los que además había un elevado número de morfinómanos. Simultánea-

mente, se registró el surgimiento de un incipiente mercado negro con todas sus características: falsificación de recetas, aparición de camellos, incremento de precios, adulteración del producto. Derroteros y preocupaciones en las siguientes décadas, con las particularidades de la ya implantada dictadura que inició una larga etapa de Autarquía (1940-1959) que se caracterizó por el subdesarrollo industrial y la miseria cultural. Será a partir de los años 60 cuando mayores movimientos sociales acompañarán al uso de diferentes drogas hasta llegar a nuestra época.

Ignoramos qué nos deparará el futuro, pero es interesante observar cómo hay medios de comunicación que siguen esforzándose -infructuosamente- por reactivar la alarma social, hablando de supuestas drogas satánicas, “canibales”, que matan o enferman, que generan delincuencia, etc.). Mientras, el gobierno parece dispuesto en zanjar la pugna histórica entre quienes consideran a los usuarios de drogas como delincuentes o quienes las califican de enfermos, tratándoles como simples infractores.

- El texto sobre ***Las drogas: tendencias epidemiológicas*** de Iñaki Markez hace un análisis de los datos de prevalencia actuales sobre el consumo de drogas, desde la evolución socioepidemiológica que este problema presenta en España en las últimas décadas, junto con el desarrollo de diferentes discursos sociales en torno al fenómeno.

El uso de drogas en las sociedades occidentales se ha asociado a los roles y comportamientos masculinos, siendo peor visto en los comportamientos femeninos. Para los varones el uso de drogas se ha relacionado más como un comportamiento de riesgo, de desviación o como una enfermedad cuando han surgido las graves consecuencias para la salud. Sin embargo, para las mujeres, el consumo de drogas ha sido percibido como un vicio, una patología, una respuesta a los problemas o trastornos femeninos y sobre todo como una trasgresión a los roles tradicionales que deben desempeñar las mujeres. Al mismo tiempo, la invisibilidad de las mujeres usuarias no es patente sólo cuando éstas son objeto de las políticas, sino también cuando se constituyen como sujeto.

En la medida en que la perspectiva de género esté presente en el diseño de las directrices políticas emanadas de los diferentes organismos dedicados a la elaboración de políticas de drogas, y sea efectiva la aplicación de estas directrices por parte de las administraciones públicas y de los Estados mismos, será posible tener más claridad informativa sobre los usos problemáticos, sobre los contextos de usos de drogas, así como sobre los programas de tratamiento, la accesibilidad de todas las personas necesitadas a dichos programas que contemplan las necesidades con sus estrategias y recursos.

- Los factores de riesgo pueden influir el abuso de drogas de diversos modos. A mayores riesgos de exposición, mayor es la probabilidad del abuso de las drogas. Algunos de los factores de riesgo pueden ser más poderosos que otros en ciertas etapas del desarrollo de la población joven, como la presión de los compañeros durante los años de la adolescencia. Así mismo, algunos factores de protección, como un fuerte vínculo entre padres e hijos, pueden tener mayor impacto para reducir los riesgos durante los primeros años de la niñez. Un objetivo de la prevención es cambiar el balance entre los factores de manera que los factores de protección superen a los de riesgo. Todo esto y con mayor amplitud se aborda en el capítulo sobre **Factores de vulnerabilidad: de riesgo y de protección** por Iñaki Markez y Aiora Anrieta. Conocer estos factores y los determinantes psicosociales responsables del consumo de drogas así como las características de las etapas etarias, de los diferentes momentos vitales de las personas, es relevante en los comportamientos y decisiones ante el consumo. Solo así podrá implantarse programas de promoción de la salud y de prevención que pretendan modificar los factores de riesgo del entorno social, familiar e individual. Son muchas las variables individuales, interpersonales y medioambientales que influyen en el grado de vulnerabilidad de las personas para el uso o rechazo de drogas.

- Uno de los grupos farmacológicos que aparecen más en esos momentos y cuya popularización afecta a la salud de las mujeres son los “Psicofármacos”, los tranquilizantes-sedantes, hipnóticos y antidepresivos, medicamentos o especialidades médicas que son utilizadas para tratar enfermedades, síntomas, síndromes de corte psicológico y relacionados con la depresión, la angustia-ansiedad y el insomnio. En estos momentos existe un consenso en la investigación internacional de la mayor prescripción y autoconsumo de este tipo de fármacos entre las mujeres. En nuestro país este consumo iatrogénico parte en gran medida de la Atención Primaria.

- La mayor afectación de las mujeres en las prevalencias de los trastornos psiquiátricos menores y acceso a fármacos para tratarlos, sean prescritos o no, ha llevado a Nuria Romo y a Carmen Meneses en su capítulo **Malestares en las mujeres y usos diferenciales de psicofármacos: propuestas críticas desde el feminismo** a preguntarse sobre los elementos de género que explican esta situación. Es importante señalar que, en numerosas ocasiones, las mujeres no han llegado a tratamiento especializado, siendo “diagnosticadas” y prescritas con algún tipo de psicofármaco directamente desde la Atención Primaria sin utilizar el prescriptor o prescriptora sistema clasificatorio sino sus propios criterios diagnósticos o experiencia clínica.

En este ensayo hablan de “malestar”, definiéndolo como la situación en la que se mezclan signos y síntomas asociados a lo que se describe desde la perspectiva clínica como estrés, ansiedad o depresión. Desde la Ciencias Sociales se han buscado perspectivas al estudio de las razones por las que las mujeres en distintos países del mundo son prescritas el doble de veces con psicofármacos cuando las comparamos con los varones. En general, las investigaciones analizadas sugieren las diferencias de género en el manejo y expresión de la ansiedad y el stress, la búsqueda de cuidados médicos, percepción de la enfermedad y las vías en la prescripción del personal médico contribuyen al mayor uso de psicofármacos por parte de las mujeres.

- No podemos dejar de lado y reconocer que la actual crisis económica tiene una incidencia potencial en el uso de drogas, pero hay pocos estudios sobre cómo influye en ello las principales variables macro y microeconómicas, como el PIB o el desempleo a pesar de la formidable magnitud. Detectar y medir esta incidencia es un instrumento de gran interés para planificar las necesidades de intervención. Un trabajado texto sobre el ***Impacto de la crisis económica en el consumo de drogas en Andalucía*** presentado por Francisco Garrido y Salvador Rodríguez Rus pretende lograr una sólida aproximación.

Andalucía, afronta con especial severidad, las consecuencias de la reciente crisis económica con un durísimo impacto, tasa de desempleo y precariedad, en sectores de población como los jóvenes. Ante esta situación, parece razonable intuir que el malestar general, el vacío y la confusión producidos por la crisis podrían abocar a un gran número de personas a iniciarse o a aumentar el consumo de sustancias. Sin embargo, las crisis pueden tener efectos ambiguos sobre el uso de drogas. Por una parte disminuye la posibilidad de trabajar o aumenta la de perder el puesto de trabajo, lo que se puede traducir en mayor estrés, pero por otra parte, al reducirse los ingresos, se tiende a contener el gasto en adquirir drogas.

Para acercarnos a la evolución del consumo de drogas durante la crisis en Andalucía, es oportuno centrarse en tres indicadores epidemiológicos: 1) Los estudios de la prevalencia de consumo de la población andaluza; 2) El análisis del indicador admisiones a tratamiento (AT); 3) Los episodios de urgencias en cuatro hospitales de Andalucía.

- No obstante, el énfasis actual sobre las necesidades en el cuidado de la salud de la población está incrementando la importancia de conocer el papel potencial de los medios de comunicación en aspectos de la salud y de la utilización de los servicios sanitarios. Tal y como señala Joan Carles March Cerdá en el capítulo so-

bre los ***Medios de comunicación y Drogodependencias***, el protagonismo social de los medios de comunicación ha ido incrementándose de una manera que parece ya irreversible, y los medios han ido adquiriendo un peso cada vez mayor como generadores de una determinada construcción social de la realidad. Se han convertido en un agente de socialización.

Este texto viene dado por la asidua presencia en la prensa, radio, o TV de algunos tópicos relacionados con la salud y los servicios sanitarios. Esta cobertura genera la puesta en las agendas de individuos y grupos de un discurso sobre la salud, junto a un incremento del conocimiento en diversos temas. Además, los medios de comunicación pueden influir en los comportamientos sociales alrededor de la salud de las personas. Es más, las encuestas poblacionales muestran que los medios de comunicación son una importante fuente de información acerca de problemas de salud, y entre ellos los relativos a las consecuencias por el uso de drogas.

Para poder entender mejor sobre sobre la cuestión de las drogas y saber cómo intervenir hemos de visualizar un análisis en profundidad cuyo abordaje aquí iniciamos.

1.1.- Contextualización de la cuestión de las drogas. Sus Modelos y Discursos.

Iñaki Markez

En estas sociedades modernas que habían adquirido unos elevados índices de renta en las últimas décadas del siglo XX han entrado en crisis en estos inicios del siglo XXI. Lo que fuera el Estado de Bienestar, soporte ideológico durante la segunda mitad del siglo pasado ha sustentado las bases sociales y económicas de los países desarrollados. Los diferentes acuerdos de libre comercio a nivel mundial, con una progresiva mercantilización de las actuaciones de índole social, y también, las que hacen referencia a la salud de la población, buscando el beneficio (económico) como objetivo central y generando una corriente ideológica, negadora de toda ideología y en cuyo discurso los conceptos de eficacia, eficiencia, lo racional, lo pragmático, el gasto, presupuestos, etc., ocupan un lugar determinante.

Con la crisis, el Estado ha recortado los gastos sociales y reducen las prestaciones sociales de financiación pública. En la Sanidad, además de aumentar la provisión privada de los servicios sanitarios públicos están incrementando las recaudaciones mediante tasas o copagos para sufragar también el sector privado. Mayor coste para un sistema de organización y para desmesurados recursos a pesar de ser conocido por todos que los problemas de salud con mayor prevalencia tienen mejor respuesta a través de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, evitando trastornos relacionados con hábitos nocivos o estilos de vida poco saludables que favorecen la marginalidad junto a situaciones como la ruptura de redes sociales, la falta de relaciones afectivas o el aislamiento social.

Desde hace más de cuatro décadas, en las políticas sanitarias, lo señalado parecía ser tenido en cuenta como ya atestiguara el desarrollo de la psiquiatría comunitaria, la psiquiatría social e incluso algunos movimientos antipsiquiátricos con cierto enraizamiento en la sociedad, con procesos crecientes de desinstitucionalización, con enfermos mentales crónicos que salían del hospital psiquiátrico y tomaban a la comunidad o a otros tipos de recursos residenciales. El espacio extrahospitalario fue ganando significación, siempre pretendiendo la integración social o, al menos, en las nuevas estructuras terapéuticas (1) y donde conceptos como calidad de la vida, tiempo libre, aislamiento, inserción, productividad, riesgos para la comunidad, etc., están en debate permanente.

Pero la drogodependencia, como complejo fenómeno, plantea al sistema médico-sanitario-psiquiátrico dificultades para las cuales aún hoy no hay soluciones definitivas. No es casual que muchas decisiones, de los clínicos en el modelo biomédico imperante tengan escaso fundamento científico (2). De ahí la existencia de respuestas no médicas.

La Psiquiatría transcultural integrando la dimensión antropológica-institucionales, los factores medioambientales y sociales ampliamente desarrollados por escuelas de la sociología urbana hasta llegar a la Psicología Social; el psicoanálisis como herramienta para el acercamiento a los conflictos inconscientes, la industria farmacéutica como principal financiadora y orientadora de las líneas de investigación y la formación continuada de los psiquiatras, incidiendo en la práctica clínica; la psico-neuroendocrinología, tras comprobarse la relación funcional y estructural entre el sistema hormonal (eje hipotálamo-hipofisario) y el S.N.C. con cambios conductuales en caso de trastorno endocrino; la Inmunología y la Genética, orientadoras del conocimiento de la etiopatogenia que han estudiado su influjo en la enfermedad mental, la herencia, la vulnerabilidad de ciertos genes, el genoma humano como camino de estudio en el trastorno mental. Modelo no necesariamente biologicista como de modo reduccionista se ha criticado sino atendiendo a la multicausalidad de los procesos de salud y enfermedad. La psiquiatría y las Ciencias de la Salud (Mental) con sus diferentes campos de actuación, en la clínica o en la investigación, ha de tender en no pocas ocasiones a la integración de recursos y esfuerzos.

Modelos interpretativos

Estudiar lo que tiene que ver con el uso de las drogas, valorar su alcance y ofrecer respuestas mediante diferentes estrategias de intervención se realiza siguiendo lo que se ha venido a llamar *Modelos interpretativos* que, como instrumentos conceptuales, se agrupan en función de la prioridad que demos a cada elemento actuante en la cuestión de las drogas: la persona, la sustancia o el contexto. Los múltiples elementos implicados determinan una complejidad de aspectos que deberán considerarse para poder entender y abordar de manera exhaustiva este problema social. El consumo de drogas implica la presencia de una persona que realiza una elección conductual, y conlleva una peculiar reacción del organismo ante la acción de una sustancia química, en unos escenarios sociales con muchas variables. Es un fenómeno que tiene, en definitiva, implicaciones múltiples: psicológicas, médicas, bioquímicas, sociológicas, etnológicas, jurídicas, económicas, políticas, educativas, históricas, éticas, etc. (3).

Conviene conocer los modelos de intervención, pues determinan y se relacionan con las actuaciones, con las recomendaciones, con las medidas encaminadas a modificar su uso (4) y con los discursos sobre las drogas, o a ofrecer la pretendida solución al “problema”. Si el objetivo es alejar las drogas ilegales de los usuarios las intervenciones vienen siendo punitivas fundamentalmente y desde el poder legislativo. Si lo que se persigue es alejar a las personas de las drogas entonces las medidas partirán de los especialistas de las ciencias del comportamiento (5).

Puede aceptarse como definición la ofrecida por la OMS hace más de tres décadas: “conjunto de relaciones entre elementos claves en una estructura o un proceso que se pueden generalizar y aplicar a otras muchas situaciones y procesos similares” (6): Cada modelo se corresponde con una estrategia de intervención y con la misma organización de redes asistenciales, pero ojo, cuestiones como derivaciones profesionales llevan a primar unas medidas sobre otras, a tener preferencias, no encontrándose modelos ni intervenciones unívocas y puras sino con elementos de unos y otros.

El trabajo de Amando Vega (5) es un buen recurso para conocer las implicaciones de cada modelo con sus valores, ideología e intereses. Como la interrelación entre prácticas e ideologías está presente, es importante conocer el factor ideológico determinante del marco conceptual en el que se basara cualquier intervención.

1.- Modelo Jurídico

- × También denominado *modelo jurídico-represivo* (5), está basado en la idea de que las drogas no legales en nuestro medio queden fuera del alcance de la gente. La droga es mala y la persona, la víctima a proteger con medidas legislativas sobre la producción, distribución, venta y posesión de estas sustancias, incluso en ciertas ocasiones los instrumentos para su consumo. Algo que ya a finales de los años setenta tuvo cierta preponderancia como concepción social y es observado desde el punto de vista de sus implicaciones legales y delictivas.
- × Las medidas de actuación son el control de las drogas disponibles, el aumento del precio, el castigo o la amenaza de él, la información sobre sus nocivos u peligrosos efectos, suponiendo que de este modo se evitará la adopción de conductas prohibidas. En suma, la fundamentación del modelo es más cultural que científica sin una correspondencia con la actualidad de las drogas, las sustancias aquí y hoy prohibidas y no aceptadas culturalmente.
- × El consumidor, dependiente o no, se convierte en *delincuente*. La población, que sufre las consecuencias por el incremento de delincuencia, demanda ma-

yor protección y atención, generándose numerosos recursos específicos públicos y privados, y en muchas ocasiones sin ningún lazo con la promoción de la salud.

- × Los profesionales relacionados con la ley -jueces y policías- son considerados como los más aptos para desarrollar y mantener el modelo, con una clara tentación: la institucionalización de las soluciones represivas y la ambivalencia de los fundamentos prohibicionistas.
- × Este modelo sigue siendo preponderante entre la población y en la mayoría de los medios de comunicación social que dan una imagen de las drogadicciones, o simplemente el uso de drogas, asociándolas al delito. Pero la criminalización de la cuestión de las drogas tiene como efectos asociados la delincuencia y la corrupción siendo incluso factor etiológico del tráfico de drogas y de sus abusos. Sin olvidar las lagunas del Derecho Internacional, la incriminación arbitraria o con finalidades políticas o intimidatorias, el deficitario tratamiento penitenciario.
- × Las imprecisiones en la determinación de conductas delictivas (7). Si la ley penal no respeta al delincuente, el delincuente tampoco respetará la ley.
- × Aunque este tipo de enfoques viene siendo criticado en todo tipo de foros internacionales y se reconoce que no obtienen los objetivos perseguidos (por ej. solo se incide en aproximadamente un 10% del tráfico de estupefacientes), resulta más fácil aplicar medidas de fuerza ante cuestiones que no entendemos o no queremos entender, ya que, exigirían cambios sociales más profundos. Sin embargo el transcurrir de los años y las dificultades generadas con este modelo viene propiciando, cuando menos, la reflexión y análisis de la realidad.

2.- Modelo Médico-Sanitarista

- × Considera las drogas, las personas y el contexto como agente, huésped y contexto, como si se tratara de una enfermedad infectocontagiosa. La medicina entiende el fenómeno del uso de drogas ilegales siguiendo el modelo de enfermedad de la adicción (8,9). La sustancia asume el rol más importante teniéndose en cuenta, sobre todo, las consecuencias para la salud de la persona. La enfermedad se convierte en el concepto más importante del modelo y el drogodependiente es ante todo un *enfermo* que necesita atención terapéutica de los profesionales sanitarios. El consumo de drogas tiene relación con una amplísima gama de comportamientos que va desde lo placentero hasta lo problemático.

- × Se ponen en práctica medidas de contención de los consumidores para impedir que “infecten” a otras personas, medidas para el diagnóstico y tratamiento de los ya contaminados, “vacunación” informativa a la población sobre los terribles riesgos que acompañan el consumo de sustancias-droga. Prevención y tratamientos médicos frente a la elevada morbilidad en la población adicta y frente a la adicción a distintas sustancias. Las intervenciones curativas del terapeuta se apoyan más en la prescripción, consejo e información que en la escucha personalizada (10). Lo biológico, la sustancia, el fármaco, primando sobre lo psicológico o lo relacional.

Por ello entre los consumidores adictos, a la heroína fundamentalmente, se fue desarrollando la demanda a los servicios de psiquiatría, demanda de psicofármacos como sustitutivos de la sustancia de la que son dependientes. Desde la Psiquiatría es valorada como muy pequeñas las posibilidades de intervención, con importante desconocimiento de esta problemática, siendo el las actuaciones proteccionistas, o estigmatizadores, desde la psiquiatría se ha fármaco el elemento central y casi exclusivo de la intervención asistencial. Con contribuido al alejamiento incluso de la intervención médica respecto a toxicómano. El SIDA y sus consecuencias acercaron al drogodependiente a la medicina alejándole más de la psiquiatría.

- × Pero la drogodependencia es de difícil aplicación conceptual y práctica para todo tipo de drogas, no siendo igual en un contexto cultural u otro ni en una época u otra e incluso siendo a veces un (pre)juicio social. Si además la divisoria entre salud y enfermedad no es algo objetivable, no digamos lo impreciso que resultará diferenciar al dependiente del no dependiente de una sustancia, sin olvidarnos de la diversidad entre las personas adictas con procesos de adicción muy diferentes (11).
- × Este modelo ha tenido y tiene gran arraigo social, en gran parte porque fueron los profesionales de la medicina los primeros en intervenir en las drogodependencias, y también porque sigue la vieja estela de los años 20 y 30 donde los modelos de enfermedad hegemonizaron la escena. Este modelo que puede significar un avance respecto al modelo represivo, al considerar el drogodependiente e incluso al usuario como enfermo que requiere un tratamiento, limita las intervenciones psicosociales en el medio comunitario y dificulta conocer algunas raíces sociales.

El modelo jurídico y el médico-sanitarista representan los inicios del abordaje del fenómeno a principios de los años 80, en muchos de sus conceptos claves

se iniciaron los primeros profesionales y se organizaron los primeros equipos asistenciales. Por ello hay quienes hoy día hablan de *Modelo Farmacológico-Represivo*. Ambos modelos imponen previamente sus códigos, el hipocrático y el penal, y prescriben su *pharmakon* a través de sustancias-fármacos y de las leyes. Hoy día existe -al igual que en la representación social del ciudadano medio- concepciones y definiciones cercanas todavía a estos modelos de intervención en la cuestión de las drogas y las drogodependencias.

Sin embargo los débiles resultados a través de los programas de tratamiento hegemónicos -los Programas libres de Drogas- hasta hace pocos años, centrados en la abstinencia absoluta, también han generado elevadas dosis de desánimo entre los Técnicos de la salud mental y las drogodependencias, principales mantenedores del modelo.

3.- *Modelo Psicosocial.*

Aparece con la incorporación de los equipos interdisciplinares y los nuevos recursos de actuación en la primera mitad de la década de los años 80. Destaca la reformulación de la drogodependencia desde la psiquiatría social, desde el psicoanálisis o desde las teorías sistémicas.

- × Considera a la persona como elemento clave en la cuestión de las drogas. “Reconoce la infinita complejidad de cada ser humano y la influencia determinante de los factores psicológicos y del medio circundante, en la génesis de la farmacodependencia” (12).
- × Consumo de drogas como una forma más de comportamiento, que satisface necesidades no atendidas. Este modelo tiende a diferenciar cantidades, frecuencia, formas de consumo, actitudes, variedad de los efectos, medio ambiente,... El drogodependiente es un *inadaptado* o con problemas de conducta. Es alguien que arriesgó y perdió (13). La drogodependencia será un síntoma, automedicación, recambio del deseo pero que agota sus deseos (14), relleno de carencias lo que supone la fragilidad del Yo (15), traumatismo simbólico (16), narcisismo patológico que proyecta la culpa (17), necesidad y exclusividad (18), etc., sin dejar de lado la necesidad de bases psíquicas y sociofamiliares predisponentes.
- × Plantea medidas hacia las conductas inadaptadas y destructivas, no solo por el uso de la droga. Las medidas de tratamiento o prevención consideran la persona integralmente en su crecimiento y no solo por el uso de drogas, por ello

son profesionales de distintos ámbitos (médicos, psicológicos, psiquiatras, farmacólogos, sociológicos,...) quienes se interesan por la problemática asociada al uso de drogas.

- × Frente al castigo o el miedo de los modelos represivos o médicos ofrece intervenciones más positivas por ejemplo la creación de marcos donde son satisfechas las necesidades sin recurrir al uso de drogas. Aunque también le llueven las críticas: riesgo de minusvalorar consecuencias físicas por el consumo abusivo de algunas drogas, situarse en ocasiones al margen de lo que la ley determina, excesiva atención al medio social cercano (familia, amigos,...) olvidando el contexto social más amplio, los factores políticos, los económicos o culturales. Críticas de modelo reduccionista e individualista.

Se fue estructurando un *modelo BioPsicoSocial*, marco teórico de abordaje de la relación entre mente y cuerpo. Presentada como teoría médica (19) jerarquizada en tres niveles que interactúan entre sí.

4.- Modelo Sociocultural

- × O *modelo antropológico*. La complejidad y variabilidad del *contexto sociocultural* destacan en el trío persona-droga-contexto. El sentido de las drogas viene determinado, no por sus propiedades farmacológicas, sino por la forma en que una sociedad define su consumo y reacciona ante los consumidores. Va más allá de los factores psicológicos y sociales del modelo psicosocial para “acentuar lo que está presente en las condiciones socioeconómicas y ambientales”, aunque los elementos económicos se señalan solo parcialmente y centrado en una clase social, lo más subordinados (12).

También ha habido cambios. Los equilibrios históricos entre producción y demanda de algunas drogas se han modificado de forma radical, con cambios en las formas tradicionales de uso de sustancias.

- × La pobreza, la discriminación, el analfabetismo, la carencia de una vivienda digna, la urbanización e industrialización sin planificación alguna, son caldo de cultivo para el desarrollo de factores personales que induzcan al consumo y abuso de drogas. La drogodependencia surge como consecuencia del encuentro entre la disponibilidad de una droga y la fragilidad personal (8).
- × Se habla de una “cultura de las drogas”, como sistema de valores que alcanza a los que incluso nunca han utilizado las drogas. Las personas en ocasiones “necesitan” el uso de sustancias a su alcance para modificar su conciencia, ali-

viar el dolor, o mejora de trastornos endógenos. La juventud es repetidamente mentada como sistema egocéntrico de valores...cambiantes, y es objeto de la generalización de presuntos comportamientos desviados.

Si el consumo de drogas es determinado por factores socioculturales, las medidas frente a ello se orientan a los aspectos sociales que se adapten a la personas y a sus necesidades y permitan el cambio sociocultural.

- × Si el consumo de diferentes drogas varía según culturas y subculturas las medidas de intervención de carácter bio-psicológico conductual van encaminadas a crear otra cultura con rasgos normalizantes, tendente al control y la abstinencia como objetivos centrales desde los profesionales. “Cultura positiva de las drogas” con propuestas antiprohibicionistas se decía en los primeros años de la anterior década. O quienes desde una política prudente que podría, si no solucionar el problema, si evitar sus consecuencias no queridas (20) señalan:
 1. Tolerancia para permitir a la sociedad generar una cultura positiva de la droga, con aceptación del consumo y del consumidor.
 2. Legalizar todos los productos no adictivos (drogas blandas), bajo control y con prudencia.
 3. Ofrecer a los adictos las dosis necesarias, bajo control médico y público, y por decisión estatal.
 4. Informar veraz y objetivamente y, sobre todo, sin miedo.
- × Este modelo que introduce elementos culturales ignorados en anteriores modelos, señala al entorno cultural como determinante del tipo de drogas consumidas así como las formas de consumo. Es muy probable que el uso de drogas ilegales sea una de las características de las sociedades modernas. El drogodependiente es convertido en “chivo expiatorio” de la sociedad.
- × La crítica al modelo se centra en la parcialidad al no considerar el carácter sociopolítico del fenómeno de las drogas y reducir los elementos económicos a la relación pobreza-drogas, incluso estigmatizando a las clases más débiles a través de la cuestión de las drogas.

5.- Modelo de la distribución del consumo

Incide, prioritariamente, en el análisis de la oferta y disponibilidad de una sustancia en el seno de una población concreta o de la sociedad en su conjunto. Se refiere habitualmente a las drogas institucionalizadas y enfatiza la importancia de la disponibilidad del producto en el medio social como factor explicativo de su consumo. La problemática del consumo del alcohol y otras drogas puede ser comprendi-

da a partir de considerar la mayor o menor facilidad de acceso a ellas que tengan los ciudadanos (3). Su principal aportación es analizar las relaciones existentes entre la oferta y el consumo en un medio social dado.

Parker y Harman (21) señalan que el modelo de distribución del consumo se basa en las siguientes premisas:

- Las drogas institucionalizadas son causantes de gran número de enfermedades y accidentes que incrementan las cifras de morbilidad y mortalidad en las sociedades industrializadas.
- El patrón general de consumo de sustancias institucionalizadas en una sociedad dada predice la cantidad de consumidores que abusan o dependen de ellas: cuanto mayor es el consumo, más grande será la proporción de personas abusadoras o adictas.
- El control de la disponibilidad de sustancias tóxicas en la sociedad influye sobre el número de personas que abusan de ellas.
- El consumo de sustancias se ve influido por los cambios en las normas reguladoras de su distribución. Este modelo se vincula al control legislativo y da su confianza a los recursos legales como medida preventiva dirigida al control de la disponibilidad de las drogas.

No obstante, se diferencia del modelo jurídico en el mayor interés por las sustancias no institucionalizadas. El modelo de distribución del consumo pretende reducir los efectos negativos de las sustancias institucionalizadas a través de la regulación de su suministro. Con medidas legislativas tendentes a restringir la oferta y la disponibilidad de las drogas en el medio social.

Aparecen medidas propuestas a para limitar el consumo como: aumento de los precios, control de la publicidad, aumento de las edades de consumo legal, restricciones en los horarios de apertura de establecimientos vinculados al consumo, multas y otras sanciones a establecimientos que dispensan a menores, sanción al consumo en lugares no habilitados, sanciones penales para conductores ebrios (22).

6.- Modelo de reducción del daño

Reducción del daño *-reducción de daños y riesgos* para otras opiniones- como medida para aminorar las consecuencias adversas que sobre la salud, lo social o lo económico tiene el consumo de drogas, sin requerir, necesariamente, la reducción de su consumo. El concepto de “consumo responsable” emerge como propuesta fundamental de esta perspectiva interpretativa.

La reducción de daños, concepto asociado a un tipo de programa de tratamiento —por ejemplo, los programas con metadona—, pero también como un acercamiento ético y pragmático a la problemática social y sanitaria de las drogas, que hace hincapié en reducir las consecuencias negativas del uso de sustancias más que en la promoción de la abstinencia de su consumo. El objetivo es que caso de consumir, tenga los mínimos efectos negativos para la persona y para la sociedad. Las premisas básicas de esta perspectiva (23) son:

- La persona tiene derecho a consumir drogas. A los profesionales y a las instituciones les compete disponer las condiciones que reduzcan los daños físicos, psicológicos y sociales que a la persona le puede reportar su consumo.
- El consumo de drogas en la sociedad es inevitable, a pesar de todos los esfuerzos que se han realizado para evitarlo. El consumo puede ser o no gratificante para la persona pero la sociedad no tiene derecho a reprimirlo.
- Preocupa el posible daño, no el consumo en sí mismo.
- La actividad terapéutica es menos costosa, y se interviene para reducir el daño y no para dar tratamiento que modifique el comportamiento, el carácter o las actitudes de la persona.
- No se rechaza la abstinencia como meta para quien la desee o le convenga, pero la intervención se dirige a proteger a corto plazo a la comunidad y al propio consumidor.

Las intervenciones propuestas para la reducción del daño incluyen la puesta en marcha de acciones diversas (27), tales como las siguientes: programas basados en el suministro de metadona y otros opiáceos sintéticos a las personas adictas a heroína; programas de suministro de jeringuillas y agujas estériles a quienes consumen drogas por vía parenteral; acceso a áreas de tolerancia y consumo, lugares habilitados para que puedan obtener instrumental de inyección seguro e higiénico, preservativos, información y atención médica; programas educativos basados en la reducción de daños; materiales y estrategias informativos para jóvenes sobre cómo reducir los riesgos asociados al uso de drogas; acción educativa de calle dirigida a contactar con jóvenes consumidores; testado químico de las sustancias; demanda de la legalidad controlada de ciertas sustancias institucionalizadas, etc.

Por otra parte, aunque esta interpretación reductora de daños coincida con las reivindicaciones de algunos sectores progresistas, es preciso señalar que este modelo coincide con los principios neoliberales de no intervencionismo, individualismo, reducción de gastos públicos y liberalización mercantil (3) y, así mismo, está presente la consideración fatalista del consumo de drogas como un hecho

inevitable e inherente a la dinámica social y a la libertad de cada persona para elegir sus comportamientos y estilo de vida.

7.- Modelo Geopolítico estructural

Este modelo pretende superar la visión parcializada, insuficiente e individualista de los otros modelos pues el jurídico que criminaliza el problema, el médico que lo medicaliza, el psicosocial que lo psicologiza y el sociocultural que lo estigmatiza en las clases subordinadas.

Conocida la creciente conciencia de la importancia económica y política en la cuestión de las drogas con interferencias y control de enormes proporciones en el mundo de los negocios y de la política.

- × El modelo geopolítico estructural politiza y redimensiona el problema de las drogas como fenómeno global y problema social que incluye el individuo y la familia, la comunidad y la sociedad con sus causas económicas, sociales, políticas, culturales, bélicas, de salud, diplomáticas, etc. Con una visión integral y sistemática del fenómeno global del tráfico (comercio) y consumo de drogas. Basado en concepciones de la realidad como un todo estructurado. Donde las relaciones sociales responden a momentos y procesos históricamente determinados que se expresan por manifestaciones diversas.
- × Este modelo contempla elementos cuya dinámica social convierte a la oferta (tráfico) y demanda (consumo) en unidad dual indivisible:
 - a) El traficante como industria ilícita transnacional considerada en todo el contexto socioeconómico.
 - b) Las drogas entendidas como “mercancía” porque tiene un valor de cambio y generan una relación social, sin distinción de drogas legales e ilegales.
 - c) El consumidor de drogas como actor y problema social en la interacción Tráfico-mercancía-consumo.
 - d) El contexto donde no solo está el ambiente individual, familiar y comunitario, sino toda la sociedad con sus factores, cambios y contradicciones como fenómeno multidimensional.
- × La intervención requiere una participación inter y multidisciplinar, inter y multi-sectorial e interinstitucional. Un abordaje global por encima de las tradicionales medidas represivas y sanitarias, Un abordaje que aúne recursos e iniciativas que vaya más allá de los síntomas, redimensionando lo que tiene de fenómeno social (en lo económico, político, existencial, sanitario, cultural) dentro de una

visión estructural del sistema. Como ocurriría con otras cuestiones de índole mundial, por ejemplo, la cooperación con países en vías de desarrollo.

Si bien el modelo geopolítico estructural resulta poco operativo para el análisis de la actividad asistencial, sin embargo, resulta muy importante para las estructuras de poder que pueden incidir en el desarrollo de programas asistenciales y en la creación de recursos de intervención con objetivos definidos.

En suma, los actuales modelos de control y tratamiento no son adecuados para mejorar los problemas relacionados con el uso de drogas. Los modelos de aproximación a las drogas y a las drogodependencias deben considerar los riesgos de conclusiones inapropiadas al modo de vida actual y a los valores individuales y sociales sobre los que se apoya. No son válidas las alternativas de décadas anteriores, ni puritanismos o fundamentalismos trasnochados. No parece que actitudes de rechazo al alcohol y a otras drogas, ni recomendaciones negativas, ni la prohibición misma sea la solución a los problemas derivados de su uso. En la abstinencia, se prohíbe el producto a la persona; no se cambia la persona por el psicótropo (24). La abstinencia impuesta tiene repercusiones tan perniciosas como el consumo excesivo. Habrá que considerar la transferencia de sustancias: el abstinentes siendo infeliz en su abstinencia consulta a su médico o psiquiatra por su depresión. Le prescriben medicación psicoactiva que le devuelve a un estado de mejoría similar al que tenía cuando consumía la sustancia de la cual es abstinentes.

Si se aceptan modelos que asumen la multicausalidad en la cuestión de las drogas y en las drogodependencias, se actuara erróneamente si solo se actúa en función de una parte de las consecuencias. Estas situaciones se repiten cientos, miles de ocasiones todos los días en muchas personas. ¿No sería más útil social y humanamente preconizar el consumo moderado de tal sustancia que la abstinencia para todos? Seguro que sí. Entonces habrá que modificar la filosofía, las políticas de intervención, comportamientos sociales,... Muchos cambios para un nuevo Modelo. Con frecuencia parece que lo importante no es la sustancia, ni su definición, ni su posible acción sobre el comportamiento de quien la utilice, sino más bien el discurso en torno a ella.

Monopolio del discurso

A principios de junio de 2014, el representante de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), Rafael Franzini (25), en una audiencia

en la Comisión de Derechos Humanos y Legislación Participativa del Senado de Brasil, debatía sobre la regulación del uso de cannabis en el país. Abordó cuestiones tan variadas como la persona como centro o eje de nuestra preocupación; las vulnerabilidades sociales como un componente diferencial para encarar el problema; el uso de la evidencia científica como base del desarrollo e implementación de políticas públicas; las acciones relativas a la salud, como la prevención y el tratamiento del uso de drogas; el crimen organizado como desafío al Estado; el enfoque de orientación punitiva y la orientación sanitaria es compatible con los tratados de fiscalización internacional de drogas; la observancia irrestricta de los derechos humanos, etc. Y es que a través de los “expertos de la comunicación” nos encontramos con el *discurso oficial*, de interpretación unívoca, que se lanza a los cuatro vientos para que todos lo hagamos nuestro: “la droga mata y trae delincuencia y violencia”, con una representación social de las drogas mediatizados por la parcialidad de los datos sesgados por intereses múltiples, fuentes policiales, así como por la rigidez en términos morales.

La *droga* convertida en tema estrella de los medios de comunicación, reflejo, aunque no siempre, del incremento de consumos con los correspondientes aumentos en la producción y comercio. La concepción de droga, se encuentra en la actualidad sumida en la permanente dificultad para ser definida pero hoy se usa de modo genérico para referirse a sustancias muy distintas entre sí, que veces en ciertas regiones solo tienen en común el haber sido prohibidas. La confusión aumenta al existir en los mercados permitidos otras sustancias con efectos más deteriorantes que, sin embargo, son promocionadas día a día, haciendo apología del consumo sin límite con, contra o a pesar de los medios de comunicación.

Mientras se persiguen unas drogas, las ilegales en nuestro medio, que no en otras áreas próximas, se estimula el uso y abuso de otras que se extienden universalmente como objetos de consumismo masivo. Un doble lenguaje que deforma groseramente la realidad. Una realidad donde convive el deseo de mayor calidad de vida con el consumismo, la fácil accesibilidad a todo tipo de sustancias, la publicidad mediatizadora de actitudes y pautas de consumo, los modelos sociales, la crisis y cambios de valores anteriores, la crisis social, la incomunicación... y siempre mucha moralina. Moralina e intereses que han empujado a modificar el discurso del usuario *-uso positivo de la droga* que decían ya en los años 80s hace más de una década, por ser poco popular y desautorizado por la opinión generada previamente, hasta hacer que el consumo y comercio de drogas se vivencie como un problema social dramático, de gran envergadura y de obligado afrontamiento por

la Sociedad. Hoy el enorme capital no controlado por el poder formal, la conflictividad social, el hacinamiento carcelario, aumento de enfermedades infectocontagiosas, el incremento de quienes frecuentan los circuitos de la delincuencia, los envenenamientos y muertes, etc., dan respuestas interesadas a quienes se preguntan el porqué de esa vivencia. El SIDA creó más tensión y confundió interesadamente los problemas relacionados con el modo específico de consumo y contagio, con el consumo mismo. Esto que sí se valora desde la propia Administración y de ahí algunas medidas educativas y sanitarias por “objetivos intermedios” (venta libre e intercambio de jeringuillas, programas de metadona y otros opiáceos, etc.) no encuentra su correspondencia en las necesarias medidas legislativas (26).

Sin ánimo de ahondar en los orígenes de la construcción social de la cuestión -problema dicen algunos,- de las drogas, solo recordar que fue en EE.UU. donde surgió a principios del siglo XX con las modificaciones legislativas, extendiéndose progresivamente por el resto del mundo, que fundamentalmente criminalizan y marginalizan a sus usuarios, articulándose poco a poco con una óptica medicalizadora en los parámetros básicos de la toxicomanía como enfermedad (28).

Se nos ha acostumbrado al discurso oficial del momento. Unas veces es el discurso de la abstinencia, o el de la guerra a la droga, o ese de la droga mata, o, casi siempre, el discurso de la “represión, asistencia y prevención”, asumido ampliamente con los matices propios de cada cual: más o menos acento en la represión, más o menos demanda de recursos asistenciales, mayor o menor atención en iniciativas que propicien la prevención, y siempre unificados frente a quienes abogan por la regulación, ese saco de posiciones diversas (normalización, legalización, ...) y siempre sin querer hurgar en las raíces.

- Discurso económico

Pero el discurso oficial desde lo asistencial pretende dar cobertura a la verdadera cuestión que está tras el enorme *negocio del siglo*, la narcoeconomía, que llega a condicionar los rumbos de una parte importante del planeta y que está hipotecando el presente y futuro económico y político de unos cuantos pueblos y países. Y no precisamente porque se vayan a enriquecer los recolectores ya que solo les permite su supervivencia. El enriquecimiento solo llega a empresas multinacionales que comercian con mercancías ilícitas interactuando con mercados lícitos previos (29) a través de grupos y redes bien tejidos y en expansión, impunes hasta hace pocos años, y que han logrado gran acumulación ilegal y fácil infiltración en la economía y en las instituciones. Enriquecimiento de unos miles o cientos de narcotraficantes

implicados en las operaciones del “narco”: los bancos, transportes, inmobiliarias, empresas subsidiarias de sustancias necesarias para producir las drogas ilegales (los llamados “precursores”), etc. La inmensa mayoría no participa del negocio.

El discurso oficial que se manifiesta muy preocupado “por la economía mundial” (30), en absoluto se plantea ahondar en las raíces. No olvidemos que la Banca internacional es la gran beneficiada a través de las operaciones de blanqueo de dinero. El actual sistema económico se beneficia de su situación de privilegio. Todo muy legal e institucionalizado. Los ejemplos que se hacen públicos (los bancos suizos, el BCCI, Miami y New York, los muchos paraísos fiscales, algunos en ellos en Europa, como principales núcleos de blanqueo, etc.), se multiplican día a día, ya señalados décadas atrás (32), a través del Grupo de Acción Financiera sobre el Blanqueo de Capitales, en el que están integrados los estados de la OCDE. El dinero de la droga y la droga del dinero se potencian con el desarrollo de nuevos mercados.

Hemos de reconocer la creciente conciencia de la importancia económica y política de la cuestión de las drogas con interferencias y control de enormes proporciones en el mundo de los negocios y de la gran política. Por eso a la hora de tipificar un modelo sobre el fenómeno de las drogas y las drogodependencias queda pendiente alcanzar un modelo geopolítico estructural que politice y redimensione el problema de las drogas como fenómeno global y como problema social que incluya el individuo y la familia, la comunidad y la sociedad con sus causas económicas, sociales, políticas, culturales, bélicas, de salud, diplomáticas, etc. Con una visión integral y sistemática del fenómeno global del tráfico y consumo de drogas.

Volvamos al discurso donde lo económico-político se esconde para mostrarnos un doble enfoque: bélico y salubrista.

- Discurso bélico

El discurso oficial con un enfoque bélico del problema: guerra al delito, guerra a las mafias, guerra a los narcos, a los insurgentes, a los carteles, a los productores de cualquier cosa, guerra a determinados colectivos humanos desatando nuestra latente xenofobia y racismo (los sudacas, moros, gitanos, negros, árabes,... gentes con cierta vestimenta o cierto aspecto físico,...), olvidando quienes son los parias y que en esto de las drogas los grupos implicados son cambiantes. Prevención retórica que torna en represión en la actuación penal. Guerra contra las drogas como justificación de intervencionismos en políticas, colectivos y territorios propios y ajenos. Es el discurso guerrero de los poderosos, a pesar que incluso los expertos de EE.UU. y de la ONU han reconocido el fracaso de la “war on drugs” que durante décadas fue la estrategia que orientó la actuación americana, siendo la represión el

eje unificador de sus políticas. Paradójicamente muchos de los conflictos bélicos de los últimos años (Afganistán, Iráncontra, los Balcanes, en varios países latinoamericanos...), de una manera u otra, tuvieron a las drogas como recurso de financiación.

- Discurso sanitario

El enfoque sanitario presenta retoques embellecedores en el discurso, da un toque científico centrándose en “la salud del mundo”. Nada menos. Se percibe la cuestión de las drogas como problema de salud, como un síntoma de una enfermedad individual o social (33). Por ello crea un “problema de personas” más que “problema de droga”. La intervención educativa frente al riesgo por probar, usar o abusar, así como el rechazo expreso de todo consumo de drogas legales e ilegales se convierte en radical anticonsumismo. La Prevención y la Rehabilitación se convierten en elementos prioritarios frente al consumo, frente a la epidemia, frente al contagio... por consumir drogas. Sin embargo, se llega a asumir que la toxicomanía en las grandes ciudades no se elimina con campañas de prevención específicas sino apoyándose en la prevención social en su sentido más amplio. Pero lo sanitario, la prevención, la educación, etc., son la cara presentable del discurso, difícil de estar en contra, salvo que nos demos cuenta que con frecuencia es una tapadera para una nueva confusión: hacemos discutir sobre drogodependencias para evitar hacerlo sobre las drogas. Sobre medidas en torno a las dependencias sería más fácil llegar a acuerdos locales o internacionales. Sobre drogas, los intereses encubiertos lo impiden.

- Discursos Institucionales

Los discursos corresponden a acumulaciones históricas de conocimiento, que se constituyen a partir de relaciones de poder (34). Entre los discursos sobre el consumo de sustancias, no pocos se construyen a partir de relaciones asimétricas de poder, y se imponen y prevalecen, mientras otros discursos son sometidos e invisibilizados: “si el consumidor de drogas es un enfermo, un loco, o un delincuente, en cualquiera de los casos, un desviado social, incapacitado para decidir u opinar (...) sus posibilidades de participación en la construcción de un discurso referente a las drogas son negadas o invalidadas, más allá de los sentidos que el uso de sustancias tiene para sus usuarios, o la forma en que éste se configura como un cuerpo de conocimientos y experiencias propios y constitutivos de una construcción de identidad” (35).

Desde el enfoque jurídico, el consumo de drogas se asume a partir de la relación entre la sustancia y sus implicaciones legales y delictivas. Se persigue proteger de las drogas no institucionalizadas, subrayando “la responsabilidad penal en el

acto delictivo, y la responsabilidad de intervención coercitiva que tiene el sistema judicial, que deberá responder mediante la sanción legal para garantizar (...) la salud pública y la seguridad colectiva” (3).

Los enfoques prohibicionistas hacia el consumo de drogas surgen originalmente como una forma de identificar y estigmatizar a ciertas poblaciones consideradas como peligrosas o contrarias a los sistemas de valores imperantes. Las consecuencias del prohibicionismo, tienen secuelas más duras para los sujetos provenientes de estratos sociales más empobrecidos (36), que a su vez pertenecen a los eslabones más bajos en la cadena de mercantilización de la droga.

Desde el enfoque médico tradicional, “la dependencia de las drogas es considerada un fenómeno vinculado exclusivamente a procesos internos del propio sujeto y para entenderla bastará apelar a la interacción entre biología humana y las características farmacológicas de las drogas” (3). Los enfoques psicológicos individualistas no se alejan de la perspectiva médica, explicando el consumo a partir de determinados trastornos mentales, rasgos de personalidad y patrones de comportamiento que definen al sujeto con adicción.

Según Szasz la noción de enfermedad mental, surge como una estrategia para excluir socialmente a ciertos grupos con conductas que violan determinadas normas éticas, políticas y sociales. A pesar de que desde la Psiquiatría se intenta demostrar dicho concepto como una verdad irrefutable, el autor plantea que esto se debe a cuestiones ideológicas y morales (Szasz, citado en 38). Foucault, en cambio, señala la importancia de la articulación de los dispositivos jurídico y médico, en lo que identifica como “sociedades de normalización”. En este tipo de sociedades “los discursos nacidos de las disciplinas invaden el derecho, con sus técnicas y discursos específicamente médicos y generan procedimientos que tienden a normalizar a los sujetos, no únicamente a castigarlos”. Estos enfoques aparecen “vinculados a proyectos políticos, en alguna medida relacionados con los procesos de consolidación del Estado o con la necesidad de intervención estatal sobre poblaciones específicas consideradas peligrosas (...) El consumo de estupefacientes está asociado a una serie de peligros en razón de que, en el imaginario social, circulan ciertas ideas por las que una persona bajo los efectos de la droga puede delinquir (...) Estos discursos tienen su base en el positivismo criminológico y en el cruce de los dispositivos jurídico y médico, ligados al surgimiento de nociones tales como “enfermedades sociales”, “peligrosidad”, “defensa social”, “resocialización”, “desviación”, etc. (37).

Puesto que los discursos mencionados se estructuran desde saberes disciplinares e institucionales, cabe preguntarse de qué manera pueden influir o incorporar-

se dentro de las representaciones sociales que se construyen en espacios comunitarios no institucionalizados o donde la presencia de instituciones tradicionales es de carácter débil o difusa, como es el caso de los espacios urbanos marginales, sea desde la práctica de quienes consumen, como desde las precepciones de quienes no lo hacen.

Estos enfoques que se corresponden con las líneas fundamentales de los modelos médico y jurídico, que han hegemonizado la escena, han dominado el discurso público sobre las drogas y su consumo (38). Pero en realidad muchos aspectos de los diferentes enfoques coexisten al tiempo. Así los aspectos más sanitarios se aplican a niveles locales en las políticas municipales e incluso autonómicas pero bloqueadas a nivel internacional (39), ya que, aduciendo hacer frente al delito organizado y al narco imposibilitan ese *otro discurso* y las medidas normalizadoras en la cuestión de las drogas. Un ejemplo claro fue la Convención de las NN.UU. de 1988 y de 1998 y los Acuerdos de Schengen de 1.985 y 1.990, favorables al incremento de la represión, y que ha sido el eje de diferentes leyes y modificaciones del Código Penal en los países occidentales. En la Unión Europea se sigue plasmando esta diversa y contradictoria situación pues mientras los gobiernos estatales enfatizan sobre la cooperación en materia policial y penal frente al tráfico de drogas, desde los gobiernos locales admiten la necesidad de reducir daños y desarrollar iniciativas tolerantes y despenalizadoras.

Nos lo han presentado como el problema de nuestra sociedad actual para a continuación atosigarnos con las elevadas cifras de consumo y consumidores, de delincuentes e inseguridad ciudadana, de traficantes y muertes, de jóvenes, sida o represión. Hoy día, por repetitivo, por abusivo uso desde algunos medios de comunicación, las drogas están tendiendo a no ser tema prioritario en nuestra sociedad. Desde la institución social y penal el uso se muta en abuso. En aras del bienestar social se persigue eliminar o reducir el consumo de algunas drogas justificando la persecución y castigo de personas porque producen, venden o consumen otras drogas.

El problema de las drogas existe, pero es una realidad que poco tiene que ver con las drogas mismas y sí en cambio con la opción de control sobre algunas sustancias que ha llevado a medidas prohibicionistas, a la clandestinización de la producción, distribución y consumo, a su ilegalización y marginalización (40).

Programas

Después de más de una década -los 80- donde las energías terapéuticas iban encaminadas a alcanzar la abstinencia definitiva del drogodependiente, y también del usuario ocasional, con marcos de terapia múltiples, siempre pretendían la deshabitación total de drogas (ilegales) con frecuencia, mediante el uso temporal de otras drogas (legales). Es la farmacoterapia y era lo que se llamaba *Programas libres de Drogas*. De drogas ilegales había que puntualizar.

Evaluated aquellos años 70 y 80, el resultado desde los objetivos institucionales era frustrante: el número de consumidores no disminuía y también aumentaba la cantidad de drogas en el mercado. Eso sí, se permitían desintoxicaciones y “limpiezas” coyunturales con períodos de mejoría en el estado físico. Con el cambio de década, en los años 90, se produce una ampliación de la oferta con importantes modificaciones en los enfoques terapéuticos: la supervivencia del usuario, la mejora de la calidad de vida y la preservación de la salud comunitaria serán los objetivos prioritarios.

Ya no se trataba de curar o de reconvertir al toxicómano. Como se ha dicho, lo primero será “curarse de la necesidad de curar” y reconvertir nuestras cabezas. Restituir la salud *ad integrum* puede ser imposible pero no lo es cuidar o paliar los daños. La asistencia a los toxicómanos y la prevención nada tienen que ver con la represión, debiendo poner el acento en la reducción de riesgos y daños o *harm reduction*. Poner el acento en lo jurídico-penal, en lo represivo, en la lucha contra la delincuencia, significa imposibilitar las políticas de reducción de daños. Esto lleva a planteamientos del uso de programas con opioides -la metadona es el más utilizado en nuestro medio- como alternativa útil para muchos usuarios dependientes y en respuesta a necesidades desde la Salud Pública. Tratamientos paliativos, de mantenimiento, de sustitución, o de desintoxicación siempre dentro de los llamados *Programas de reducción de Daños y Riesgos*, que al comportar una mayor flexibilidad choca con el anterior modelo controlador y represivo acorde con la representación social del fenómeno, ofrecen una alternativa clara: disminuir los daños asociados al uso de drogas ilegales con intervenciones más pragmáticas.

Aunque “en la cárcel del modelo solo se ve lo que el modelo permite” (41) los modelos son válidos para estructurar los conocimientos y la práctica asistencialista. O para que todo siga igual. Por ello un *modelo de aproximación* a las drogas y a las drogodependencias debe considerar los riesgos de conclusiones inapropiadas al modo de vida actual y a los valores individuales y sociales sobre los que se apoya.

No se puede dar alternativas de décadas anteriores, ni puritanismo ni fundamentalismos trasnochados. No parece que actitudes de rechazo al alcohol y a otras drogas, ni recomendaciones negativas, ni la prohibición misma sea la solución a los problemas derivados de su uso. En la abstinencia, se prohíbe el producto a la persona; no se cambia la persona por el psicótropo (24). Estas situaciones se repiten cientos, miles de ocasiones todos los días en muchas personas. ¿No sería más útil social y humanamente preconizar el consumo seguro y moderado de tal sustancia que la abstinencia para todos? Seguro que sí. Pues habrá que modificar la filosofía, las políticas de intervención, comportamientos sociales,... Muchos cambios para lograr un nuevo Modelo que permita salir de la confusión y favorezca los usos sin problematizarlos, y acceder a atención sociosanitaria de los usuarios necesitados.

Quienes desde hace algún tiempo estamos trabajando e investigando en este campo, nos corresponde aportar la posible ilustración y/o clarificación a quienes estén interesados para que ellos y ellas tomen sus decisiones. Se trata de trasladar los nuevos conocimientos para propiciar la reflexión en vez de transmitir consignas (42) irreductibles o propiciar actitudes intolerantes. Las ideas de “Di simplemente No”, “la droga mata”, “juventud sin droga”, “Ten cerebro, pasa de coca”, “juntos contra la droga”, “No, No, No,...”, al margen de su dudosa veracidad, no aportan nada sobre la cuestión, reduciéndola a mera caricatura, pero que, eso sí, cumplen con la función de fomentar la alerta social. La reflexión ilustrada de una nueva cultura sobre las drogas parece que importa poco. Lo importante es la representación del fenómeno en consignas, la ignorancia. Afortunadamente los propios organismos internacionales van tomando nuevos rumbos. *De la coerción a la cohesión: tratamiento de la drogodependencia mediante atención sanitaria en lugar de sanciones*, era el título de un documento de NN.UU. editado en 2011 en Nueva York (43).

BIBLIOGRAFÍA

1. Lehman AF, Ward NC, Linn LS. Chronic mental patients: The quality of life issue. *Am.J.Psych.* 1982, 139:1271-1276.
2. Skrabanek JC, McCormick J. Sofismas y desatinos en medicina, Doyma. Barcelona, 1992.
3. Pons X. Modelos interpretativos del consumo de drogas. *Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial* 2008, 4(2): 157-186.
4. Nowlis H. “La verdad sobre las drogas. La droga y la educación”. París. Unesco, 1975.
5. Vega A. Modelos Interpretativos de la problemática de las Drogas. *Rev. Esp. Drogodep.* 1992, 17 (4) 221-232.

6. OMS, Organización Mundial para la Salud. Nuevos métodos de educación sanitaria en la atención primaria de Salud. Copenhagen, 1983.
7. Baselga E et al. Las drogas. Ed. Mensajero. Bilbao, 1980.
8. Salazar I. Las drogodependencias desde la perspectiva antropológico-cultural. *Psiquiatría* 1996. Vol VIII Num. 1:27-32.
9. Gil-Lacruz M. Psicología social: un compromiso aplicado a la salud, Zaragoza, Universidad de Zaragoza, 2007.
10. Fabregas J. Psicoterapia de las drogodependencias. La creación de un paradigma. La toxicomanía, sujeto, objeto y Gutexto. Ed. Espax, 1988.
11. Magrí N. El debate Socio-Sanitario. Workshop “Los agentes sociales ante el fenómeno de las drogas”. Inst. Internac. Social. Jurídica. Oñati, 1996.
12. Massún E. Prevención del uso de drogas: Trillas. México, 1992.
13. Cancrini L. Quei temerari sulle macchine volanti. Studio sulle terapie dei tossicomani. Versión española: Ed. Nueva Visión, 1991.
14. Olivenstein C. Ecrits sur la toxicomanie. Versión española: La toxicomanía. Ed. Fundamentos, 1975.
15. Fariás A, Anghileri A. Adicciones: institución y clínica. Ed. Abal. Buenos Aires, 1986.
16. Olivenstein, C. Lugar y objeto de las terapias transicionales en el tratamiento de las toxicomanías. *Drogalcohol*. Vol. XI nº 2: 30-34, 1986.
17. Sole Puig J.R. Terapia antidroga. Salvat Ed. Barcelona, 1989.
18. Vera Ocampo E. Drogas, psicoanálisis y toxicomanía: Ed. Paidós. Buenos Aires, 1988.
19. Oblitas L et al. Psicología de la salud y calidad de vida. Cengage Learning Editores. México, 2010.
20. Lamo de Espinosa E. Contra la nueva prohibición: los límites de derecho penal en materia de tráfico y consumo de estupefacientes. *Bol. Inf. Mº de Justicia*, nº 1303. Madrid, 1983.
21. Parker D y MS Harman. A critique of the distribution of consumption model of prevention, en Thomas Harford, D.A Parker y L. Light, comps., *Normative approaches to the prevention of alcohol abuse and alcoholism*, Washington, U.S. Superintendent of Documents, 1980.
22. Elzo J, Elorza MA y Laespada T. Alcoholismo juvenil. Bilbao, Deustuko Unibertsitatea, 1994.
23. Riley D, O'Hare P. Harm Reduction: Policy and Practice. *Prevention Researcher*, 2000, 7(2), 4-8.
24. Cormier D. Vers de nouveaux modèles d'approche des Toxicomanies. *Psychotropes*. Vol VI, nº 1. Hiver 1990.
25. Franzini R. Regulación del uso de cannabis. Audiencia en la Comisión de Derechos Humanos y Legislación Participativa del Senado de Brasil. 3 de junio de 2014.
26. Markez I. Introducción en I. Markez (Coord); Escotado A.; González Duro E.; Baulenas G y Díez Ripollés JL. *Las Drogas, de ayer a mañana*. Ed. Talasa, Madrid, 1994.
27. del Río M y Colom J. Programa de reducción de daños. En SET: Tratado SET de Trastornos Adictivos. Edit. Médica Panamericana. Madrid, 2006.
28. IGIA, Grup. Los Estudios sobre Drogas en España en la década de los ochenta: Hacia un modelo de Interpretación. Mimeo, 1995.
29. CSIS-Center for Strategy and International Studies. “The transnational Drug Challenge and the New World Order”. The Report of the CSIS Project the Global Drug Trade in the Post-Cold War Era. Washington D.C., 1993.

30. Del Olmo R. Drogas: discursos, percepciones y políticas. Caracas, 1994. Workshop on: Normas y Culturas en la construcción de la Cuestión Droga. Inst. Internacional de Sociología Jurídica. Oñati. Edit. Hacer, 1996.
32. Buffle JC El dinero del crimen y los bancos suizos. En El planeta de las drogas, dirigido por A. Labrousse y A. Wallon. Ed. Mensajero. Bilbao, 1994.
33. Romani O. Las drogas. Sueños y razones. Barcelona, Ariel, 2004.
34. Carvajal Guajardo D. Discursos y Representaciones: La Construcción Social del Consumo de Drogas en el Espacio Comunitario. Seminario de Tesis. Universidad Alberto Hurtado. Chile, 2013.
35. Baeza J, Sandoval M, & Herrera H. Jóvenes y uso/abuso de drogas en el caso de Chile. Estudios 1994-2006. En J. Baeza (Ed.), Drogas en América Latina. Estado del arte en estudios de toxicomanía en Argentina, Brasil, Colombia, Chile y Ecuador (pp. 165-205). Santiago: Ediciones UCSH, 2008.
36. Baratta A. Introducción a una Sociología de la Droga. Problemas y Contradicciones del Control Penal de las Drogodependencias, 1991. Obtenido de http://www.revistajuridicaonline.com/index.php?option=com_content&task=view&id=283&Itemid=27
37. Aucia A, Ragone M. Delito y Enfermedad Mental: Consumo de Sustancias Legales e Ilegales. Revista Latinoamericana de Derechos Humanos, Vol. 21. 2010.
38. O'Hare PA, Newcombe R, Matthews A, Buning EC, Druker E. The reduction of drug-related harm. Routledge. London, 1992. Versión española por Grup Igia. Barcelona, 1995.
39. Van Swaaningen R. y Zaitch D. La política de "tolerancia" como Control Social. Futuro del Modelo holandés sobre las drogas en el contexto europeo. Workshop sobre "Normas y culturas en la construcción de la Cuestión Droga". IISJ Oñati. Junio, 1994.
40. Markez I. El negocio del Siglo Vs discurso oficial. En Normas y culturas en la construcción de la "Cuestión Droga" de Arana, X. y Del Olmo, R. (Compil.). Ed. Hacer, Barcelona, 1996.
41. Domínguez JL. Droga y subjetividad. Siervos, drogados y apaleados u otras historias (para no dormir-se). En La Protección de la Seguridad Ciudadana, ed. I. Muñagorri. Oñati Proceedings, 1995.
42. Valverde M. Intervención en drogodependencias: análisis de las tendencias actuales. (mimeo). Tudela, 1994.
43. NN.UU. De la coerción a la cohesión: tratamiento de la drogodependencia mediante atención sanitaria en lugar de sanciones. Documento de debate basado en un curso práctico científico, UNODC, Viena. 28 a 30 de octubre de 2009. Edita NN.UU., 2011, New York.

1.2.- La creación de un “problema de drogas” en el estado español: origen y evolución.

Juan Carlos Usó e Iñaki Markez

Al examinar la reacción contra el espíritu de *laissez faire* que tradicionalmente había inspirado la política farmacológica de la comunidad internacional, Escohotado descubre todo un complejo de factores, inicialmente independientes, que fueron convergiendo -entre finales del siglo XIX y principios del XX- como mecanismos de un solo engranaje. En este sentido, destacan tres causas genéricas que condicionaron la adopción de una política prohibicionista, cada vez más acusada, frente a un no menos creciente “problema de drogas” en la sociedad occidental: en primer lugar, el proceso de sustitución del “Estado mínimo” por el “Estado asistencial”; en segundo lugar, el desarrollo farmacológico propiciado por el descubrimiento de nuevos psicofármacos y, por último, una “*nerviosidad* básica” del ser humano contemporáneo. En su análisis del proceso en EEUU apunta tres causas específicas: las aspiraciones del estamento terapéutico, las presiones del movimiento prohibicionista y las tensiones sociales desarrolladas en torno a minorías raciales, inmigrantes y marginados (1).

Cuando estudiamos el caso español siguiendo sus pasos, descubrimos que la historia de las drogas en nuestro marco cultural más inmediato no tenía nada de excepcional. También España participó de los mismos factores genéricos, pero asimismo presentó sus propias causas específicas: un espectacular fenómeno de crecimiento urbanístico, la confesionalidad Católica-Apostólica-Romana del Estado, facilitadora de la presión de determinados sectores prohibicionistas, y los efectos colaterales de la política de neutralidad observada durante la I Guerra Mundial, que influyeron decisivamente en los hábitos farmacológicos de muchos españoles y españolas.

Por lo que respecta a la primera causa, simplemente basta recordar que entre 1900 y 1930 el crecimiento de la población del conjunto del estado español se situó en un 27%; mientras que en ese mismo período la población de Madrid creció un 97%, la de Barcelona un 85 %, la de Bilbao un 75%, la de Zaragoza un 72%, la de Sevilla un 54% y la de Valencia un 50%.

En otro orden de cosas, el hecho de que el art. 11 de la Constitución española de 1876, vigente hasta la dictadura de Primo de Rivera, elevara la “religión Católica,

Apostólica, Romana” al rango de culto oficial, y diera preeminencia sobre cualquier otra a la “moral cristina”, sin duda facilitó que prosperaran toda suerte de iniciativas moralizantes en la línea descrita: persecución de publicaciones e imágenes obscenas, cruzadas contra la blasfemia, actividades de la Liga Antialcohólica Española, etc. (2)

Finalmente, son demasiados los testimonios cualificados que han señalado la I Guerra Mundial como el momento en que se creó un “problema de drogas” en el estado español para pasar el dato por alto. Médicos como el psiquiatra César Juarros y el toxicólogo Antonio Pagador; periodistas y escritores como “Fray Gerundio” (seudónimo de Albino Juste García), Rafael Moragas “Moraguetes”, José Mas, Jaume Passarell, Josep M^a de Sagarra, Lluís Capdevila, Josep Pla, Magda Donato, Paco Madrid, Ramón J. Sender, César González Ruano, Gabriel Trillas Blázquez, Emili Eroles, Ángel M^a de Lera, Marcelino Moreta; sexólogos como Ángel Martín de Lucenay y hasta el líder sindicalista de la CNT, Adolfo Bueso, han coincidido en vincular la génesis del “problema de drogas” en España con la Gran Guerra. La mayoría de esos testimonios apuntan hacia la población de aporte que llegó -especialmente a Barcelona- huyendo de las matanzas de los frentes de toda Europa, al amparo de la neutralidad decretada por el gobierno español, como el origen del contagio social, y más concretamente al gremio de las prostitutas. La gran afluencia de dinero fácil generado por los negocios que florecieron al margen de la guerra y la defección moral que produjo en muchas personas el conflicto bélico contribuyeron a que las drogas comenzaran a circular en determinados ambientes urbanos, vinculados al ocio nocturno.

Sin embargo, para entender la creación de ese “problema de drogas” en el estado español, no podemos olvidar la presión mediática que se generó entre finales de 1915 y principios de 1918. Una presión que, a nuestro juicio, resultó decisiva para que el gobierno presidido por el liberal Manuel García Prieto decidiera abrazar la cruzada internacional contra las drogas que se había desatado tras la firma del Convenio Internacional de La Haya sobre Restricción en el empleo y tráfico de opio, morfina, cocaína y sus sales (1912), y que ya había cristalizado en varios países con la promulgación de las primeras legislaciones “especiales” en materia de drogas: EEUU (1914), Cuba (1915), Francia e Inglaterra (1916), etc. Recordemos que ya en el año 1914 la II^a Internacional tuvo muy presente las repercusiones de las bebidas alcohólicas sobre la salud y sobre las aspiraciones de libertad y mejores condiciones de vida del movimiento obrero. E. Wurm decía: *la habitación superpoblada e inhabitable empuja a los habitantes a la bebida, sea por adormecer su fastidia, sea porque encuentran más confortable la taberna.*

La campaña de Mateo Santos en el diario *Germinal*

Para empezar, en noviembre de 1915 tuvo lugar en Barcelona la primera campaña de prensa denunciando la existencia de consumos de drogas como “morfina, éter, hachís, opio y cocaína” entre la “juventud” bohemia que hacía sus pinitos literarios y frecuentaba locales como el Bar del Centro y el cabaret que abrieron en su sótano, bautizado como *Au fond de la mer*. El autor de los seis artículos que conformaron dicha campaña fue el periodista de ideología anarquista Mateo Santos, y el medio que le dio soporte *Germinal*, un diario radical, obrerista, anticlerical y anticatalanista.

Según el denunciante, aquellos a quienes calificaba de “envenenadores” no eran otros que los responsables de “hasta media docena de farmacias” de Barcelona, y sus supuestas víctimas unos “pobres borrachos de ideal” que, afectados de una “pose” bohemia, se afanaban en imitar a determinados “espíritus selectos”.

En aquellos momentos todas las drogas mencionadas tenían la misma consideración que cualquier otro fármaco. Bien como genéricos, bien formando parte de la fórmula de numerosos específicos, constituían productos de venta libre, y su empleo estaba generalizado en todos los estratos sociales con fines terapéuticos convencionales. De hecho, se vendían no sólo en boticas, sino también en droguerías, herboristerías, comercios de especias, abacerías, coloniales y ultramarinos. La legislación entonces vigente en materia de salud pública no se planteaba restringir su consumo, sino únicamente perseguir los posibles fraudes y negligencias en su comercialización, así como delimitar las competencias entre los tres gremios autorizados para su importación, producción, elaboración y venta: farmacéuticos, drogueros y herbolarios. Definitivamente, la idea central que prevalecía era la proteger la salud de las personas de los efectos de sustancias que *otros* querían venderles.

En este sentido, el intento de excitar el celo de las autoridades locales por parte de Mateo Santos, para que pusieran coto a tanta libertad farmacológica, parecía un gesto utópico, y hasta bizarro, y, a decir verdad, su campaña pasó bastante desapercibida.

La campaña de la prensa donostiarra con motivo de la muerte por sobredosis del conde de Villanueva del Soto

Siguiendo el orden cronológico de los acontecimientos, que sepamos, durante los catorce meses comprendidos entre julio de 1916 y septiembre de 1917 fallecie-

ron por sobredosis de drogas hasta cuatro aristócratas españoles. Todos ellos estaban, como suele decirse, en plena flor de la vida: los marqueses de Casa Montalvo y de Lozoya en la treintena y el príncipe Pignatelli de Aragón y el conde de Villanueva del Soto apenas se habían estrenado en la veintena. Parece como si los vástagos de la aquella aristocracia de la Restauración, entregada a una vida social corrupta y radiografiada por el jesuita L. Coloma en su novela *Pequeñeces* (1891), hubieran dado un repentino salto cualitativo con respecto a los placeres mundanos a los que se habían entregado sus abuelos. Como cabe suponer, las muertes de estos cuatro *aristoxicómanos* fueron pasto de la prensa, si bien no con el mismo empeño.

Las muertes de los tres primeros, sobre recibir la cobertura de muchos periódicos, no tuvieron excesiva repercusión. Sin embargo, el fallecimiento por una sobredosis del conde de Villanueva del Soto, de 21 años de edad, después de haberse dado un hartazgo de drogas y alcohol a altas horas de la madrugada en el bar Tabarin, un conocido cabaret de Donostia (San Sebastián), tuvo una gran repercusión, ya que el grueso de la prensa donostiarra estalló en indignado clamor. Todos periódicos dinásticos locales (*El Liberal Guipuzcoano*, *El Pueblo Vasco*, *La Información*) y la prensa tradicionalista, tanto en su versión carlista (*Diario Vasco*) como integrista (*La Constancia*), coincidieron en exigir mano dura por parte de las autoridades locales y gubernativas. Tan sólo el representante de la prensa republicana (*La Voz de Guipúzcoa*) decidió mantenerse al margen.

Seguramente, la circunstancia de su corta edad, unida al hecho de que fuera el cuarto aristócrata que fallecía a consecuencia del abuso de drogas en poco más de un año y que el suceso hubiera tenido lugar en el lugar de veraneo oficial de la familia real española, en plena temporada estival, tuvieron mucho peso. Pero la reacción en bloque de la influyente prensa donostiarra, sin duda celosa ante cualquier acontecimiento indeseado que pudiera amenazar el rentable modelo de ciudad turística que se había implantado en Donostia (San Sebastián), resultó determinante para que las autoridades tomaran nota del asunto y, como primera medida, decretara el cierre temporal de un par de cabarets.

Naturalmente, los periódicos de la época eran plenamente conscientes de que de que su papel no sólo se limitaba a informar y a ser un reflejo de la opinión pública, sino que estaban llamados a convertirse en auténticos creadores de opinión. En este sentido, merecen ser tenidas en cuenta las palabras del diario fuero-integrista *La Constancia*, en su edición del 23 de septiembre de 1917, con motivo del suceso descrito:

Jamás hemos sostenido nosotros ser las prédicas periodísticas el remedio que ha de acabar con los vicios de una ciudad. Pero sí afirmamos ahora, como lo

hemos reconocido siempre, la importancia extraordinaria que tienen para educar, encauzar, reprimir y corregir el vicio; así como para fomentarlo, estimularlo y propagarlo, según del lado en que se coloque la prensa ya combatiéndolo, afeándolo, execrándolo, denunciándolo, a las autoridades, exponiendo sus gravísimos y perturbadores resultados, su ilegalidad e ilicitud, moviendo la opinión contra ellos, y clamando por su represión, ora por el contrario celebrándolo, recomendándolo, anunciándolo, haciéndole el reclamo, describiéndolo lleno de brillanteces y delicadezas afeminadas y muelles, excitando a probar sus torpes exquisiteces, en una prosa llena de virus oculto en oropel.

La campaña de “Fray Gerundio” en el diario *El Diluvio*

Prácticamente coincidiendo con la campaña promovida por la prensa donostiarra, concretamente entre septiembre y octubre de 1917, el periodista conocido por “Fray Gerundio” (Albino Juste García) llevó a término otra campaña de prensa en Barcelona, en esta ocasión desde la páginas del diario republicano *El Diluvio*. El periodista en cuestión denunció la “impunidad” con que se vendían la cocaína y otras drogas “hasta a los niños”, según remarcaba, y cargaba contra determinados farmacéuticos y demás “comerciantes sin conciencia que se están enriqueciendo” a costa de los “infelices” cocainómanos, cuyo número -solo en la Ciudad Condal- elevaba a un total de “i6.500!”, entre los que supuestamente se contaban “banqueros, militares, periodistas, funcionarios, socios del Liceo, capitanes de barco, señoritas de la aristocracia, clérigos y hasta dos concejales y un diputado provincial”.

A diferencia de la campaña anterior, llevada a cabo por M. Santos, de artículo prácticamente diario, y agotada en poco más de una semana, la campaña sostenida por “Fray Gerundio”, con una periodicidad semanal, mantuvo al público en tensión desde el 20 de septiembre hasta el 25 de octubre de 1917. Además, consiguió politizar el tema, involucrando a algunas autoridades, y supo introducir un elemento noticable vinculado al mundo del ocio -al mencionar el caso de un “botones de un afamado music-hall” que revendía a artistas y prostitutas toda la cocaína que querían-, ajeno al estamento farmacéutico y, por tanto, al mundo de la Sanidad, que muy pronto iba a dar frutos.

De hecho, tan seguro estaba “Fray Gerundio” del éxito en ciernes que al poner punto final a su iniciativa anunció la inmediata adopción de “medidas encaminadas a que se acaben de una vez estos abusos” y se felicitó por haber conseguido “atraer la atención de las autoridades sobre la escandalosa venta de cocaína”.

La intervención decisiva de la prensa de Madrid

No puede decirse que en aquellos momentos existiera en España una alarma social relacionada con el consumo de drogas. Sin embargo, el empleo de drogas psicoactivas con fines lúdicos o recreativos llegó a hacerse tan visible en determinados lugares de Madrid que en febrero de 1918 una “comisión de caballeros de buena fe” pidió audiencia a José Bahamonde, ministro de la Gobernación, para ponerle al corriente del particular y exigir que tomara medidas al respecto.

La actitud del ministro no convenció a ese grupo de notables, por lo que algunos periódicos más importantes de la capital (*El Sol*, *La Acción*, *El Imparcial*, *Diario Universal*) pusieron todo su empeño en destacar el problema que representaba el “hecho gravísimo” que suponía el “aumento alarmante” del uso de morfina y otras drogas, así como la facilidad con la que podían conseguirse estos psicofármacos en cualquier farmacia madrileña. El diario *El Sol* no sólo se denunció esta situación, sino que criticó abiertamente al ministro competente en primera plana con titulares del tipo “Los paraísos artificiales: Madrid se envenena y la autoridad se inhibe”.

Primeros frutos de la presión mediática

No es de extrañar que, tras esas cuatro campañas de prensa en las que se implicaron periódicos de todas las tendencias e ideologías, y más aun después de que la última tuviera como escenario la propia capital del Reino, y estuviera dirigida directamente contra el máximo responsable del Ministerio de la Gobernación —en el cual se encuadraba la Dirección general de Sanidad—, el gobierno español promulgara la primera norma “especial” sobre drogas. Nos referimos a la Real orden circular del Ministerio de la Gobernación publicada el 1 de marzo de 1918, en cuyo preámbulo se invocaba el Convenio Internacional de La Haya sobre Restricción en el empleo y tráfico de opio, morfina, cocaína y sus sales (1912).

La orden, dictada por el ministro que apenas unos días antes había sido vapuleado en la prensa madrileña, y ratificada por Alfonso XIII, se autojustificaba apelando al incremento del consumo de “la cocaína y sus derivados, el opio y sus alcaloides, singularmente la morfina, el éter, el cloral y otros narcóticos y anestésicos análogos”, en un intento de frenar su avance “no sólo en boticas y droguerías, sino en cafés, casinos, bares y otros centros de recreo”.

Era la prueba definitiva de que el Gobierno había decidido sumarse a la cruzada contra el uso de drogas que se había desatado a nivel internacional, contemplada

entonces como la puesta en práctica de una política social regeneracionista, humanitaria, moderna y modélica. Como no podía ser de otro modo, esa medida que inauguró la política restrictiva en materia de drogas en el estado español fue saludada por la prensa en general y celebrada como una “plausible Real Orden” por diarios como *El Sol*, y hasta por *La Voz de Guipúzcoa*, que, como hemos visto, prefirió no inmiscuirse en la campaña lanzada por la prensa donostiarra tras la muerte por sobredosis del joven aristócrata antes mencionado.

Unos meses después, tras su aprobación inicial por el Real Consejo de Sanidad, se promulgó el Reglamento para el comercio y dispensación de sustancias tóxicas y en especial de las que ejercen acción narcótica, antitérmica o anestésica. Aprobado por un Real Decreto de 31 de julio de 1918, el principal objetivo de dicho Reglamento era “suprimir progresivamente el abuso del opio, de la morfina, de la cocaína, así como de las drogas preparadas o derivadas de estas sustancias”. Para ello penalizaba administrativamente -mediante multas que oscilaban entre las 50 y las 500 pesetas- las negligencias registrales de fabricantes, drogueros y farmacéuticos, así como la posesión de las drogas mencionadas y otros preparados que contuvieran principios “narcóticos, anestésicos, antitérmicos, antígenicos y abortivos en cantidad que no pudiera justificarse para el uso médico con la correspondiente prescripción facultativa”.

El hecho de que el Gobierno asociara drogas como el opio, la morfina, la heroína y la cocaína con productos anticonceptivos y abortivos revela hasta qué punto la planificación familiar en España era percibida entonces como una conducta tan escandalosa como la ebriedad con vehículos distintos del alcohol. Pero, por encima de todo, esta primera legislación “especial” en materia de drogas vino a poner de manifiesto la voluntad del ejecutivo español de limitar las drogas consideradas eufóricas exclusivamente a “usos medicinales y legítimos”, aunque más de uno estuviera ya pensando en el día que pudiera decretarse su supresión total.

Consecuencias de la cruzada

La primera consecuencia de la entrada en vigor de esta legislación fue la corrupción de no pocos farmacéuticos y médicos, entre los que además había muchos morfínomanos. Algunos fueron procesados e incluso llegaron a ver sus establecimientos cerrados. Simultáneamente, se registró el surgimiento de un incipiente mercado negro con todas sus características: falsificación de recetas, aparición de camellos, incremento de precios, adulteración del producto... y hasta el primer robo en una farmacia de Barcelona.

Los periódicos informaban puntualmente de las detenciones de consumidores y traficantes, del descubrimiento de importantes alijos e incluso de algún que otro fumadero de opio, así como de las intoxicaciones y muertes por sobredosis. En este sentido, es difícil cuantificar los daños personales ocasionados por el uso de drogas, porque no existía ningún organismo oficial competente. Pero es indudable que se produjo una rápida expansión de formas de alta intensidad de consumo, especialmente de cocaína y morfina. La prueba es que en los periódicos comenzaron a anunciarse los primeros especialistas en ofrecer tratamientos de desintoxicación. Con todo, la prensa convirtió todo lo relacionado con las drogas en un tema de rabiosa actualidad y junto con la literatura, la música, la pintura, el cine y otras manifestaciones contribuyó poderosamente a incorporarlas en la llamada cultura de masas. Eso sí, ningún momento dejó de excitar el celo represivo de las autoridades gubernativas. En este sentido, merece la pena mencionarse la campaña emprendida en julio de 1921 por el diario valenciano *Las Provincias* contra el consumo y la venta de “cocaína y morfina en los cabarets y music-halls” de la capital del Turia.

La creciente preocupación de los médicos especialistas por la enfermedad mental, y por ello por el alcoholismo y las toxicomanías favorecieron la fundación de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) en 1924 y de la Liga Española de Higiene Mental en 1926 que integraron entre sus objetivos la realización de actividades preventivas, asistenciales y de debate en el campo de los consumos excesivos de diversas sustancias, algo que duró hasta la guerra de 1936-39. A instancia de estas sociedades científicas en 1931 se constituyó el Consejo Superior Psiquiátrico, presidido por Gonzalo Rodríguez Lafora, y promulgada la Ley de Internamiento del Enfermo Psiquiátrico, donde se señalaba a la “toxicomanía incorregible” como causa explícita de ingreso psiquiátrico, ley que continuó vigente hasta 1983.

A falta de una alarma social relacionada con el uso de drogas, la prensa sentó las bases para establecer un proceso de definición de una situación en torno a dicho uso como algo socialmente problemático. Si durante los años 20 lo presentó como un problema local, de reciente aparición, que afectaba únicamente a los grandes núcleos de población, durante la década de los 30 lo elevó a la categoría de problemática “universal y milenaria”. En 1935 el diario gráfico *Ahora* llegó incluso a presentar a Barcelona como la “central” del tráfico de estupefacientes para toda Europa. Ciertamente, los periódicos también apoyaron la creación de los primeros dispositivos específicos orientados a controlar el “problema”, como Asociación contra la Toxicomanía (1926-1931), pionera en ofrecer los primeros recursos preventivos y asistenciales en el ámbito de Barcelona.

Endurecimiento legislativo

En plena dictadura de Primo de Rivera se promulgaron las Bases para la Restricción del Estado en la distribución y venta de estupefacientes (1928), que equiparaban a usuarios y vendedores ilegales y sancionaban con igual dureza tanto el tráfico ilícito como la simple posesión y el empleo discrecional de drogas. También se reformó el Código Penal, que pasó a prestar una especial consideración a las “drogas tóxicas o estupefacientes”, distinguiéndolas de las demás “sustancias nocivas a la salud o productos químicos que pudieran causar grandes estragos”. Este cambio legislativo implicaba un giro radical en el concepto de delito contra la salud pública, pues a partir de ese momento se pasó de proteger a las personas de sustancias psicoactivas que *otros* querían venderles a protegerlas de drogas que *ellas mismas* querían comprar.

Durante la II República las que empezaron siendo simples medidas de control y de restricción acabaron cristalizando en una política decididamente prohibicionista, cuyo comienzo podríamos situar cronológicamente en junio de 1932, cuando se prohibió incondicionalmente en España la fabricación, importación, venta, tenencia y consumo de heroína. Poco importaba que el citado diario *Ahora* reconociera abiertamente, y en titulares, que “las conferencias y los convenios internacionales” se hubieran revelado “impotentes para atajar la invasión de los tóxicos”, es decir, que admitiera el fracaso absoluto de la cruzada internacional contra las drogas en el cumplimiento del que sobre el papel era su principal objetivo declarado. La aprobación al año siguiente de la tristemente famosa Ley de Vagos y Maleantes supuso un duro golpe para muchos toxicómanos. Únicamente la autorización a los “enfermos habituales” facilitándoles el acceso “dosis extraterapéuticas”, aprobada entre agosto y septiembre de 1935 (vigente hasta 1968), que bien podríamos considerar como la primera medida de reducción de riesgos y daños adoptada en España, consiguió paliar su difícil situación.

Evolución del “problema” hasta la actualidad

Implantada la dictadura se inició una larga etapa de Autarquía (1940-1959) que se caracterizó por el subdesarrollo industrial y la miseria cultural, tras el paréntesis de la guerra civil y el triunfo del franquismo. La revista *Semana* se congratulaba en 1947 porque la España de Franco -autoproclamada “Reserva espiritual de Occidente”- había resuelto satisfactoriamente el “problema social que planteaba el uso

de estupefacientes” y se “hallaba a la vanguardia en la lucha preventiva y curativa”, gracias a la implantación de una “nueva moral” y de un “rígido control”.

- *Tardofranquismo*. En los años 60, acercándose a la primera crisis económica tras años de desarrollismo rampante, con el turismo como fuente principal de divisas junto a la emigración y los inicios de industrialización, con la emergencia de la juventud mientras surgieron algunas “formas culturales juveniles”. Culturas, o subculturas, juveniles que evidenciaban las principales contradicciones de la sociedad. En realidad, hasta finales de los 60 el consumo de drogas en España reunió unas características muy distintas a las de los países de su entorno, e incluso al modelo y pautas de uso que presentaba el propio estado español antes de la guerra civil, con un empleo masivo y generalizado de anfetaminas y barbitúricos, por no mencionar el café, el tabaco y el alcohol (promocionado como “cosa de hombres”); un importante consumo de derivados del cannabis (kif, grifa y hachís) por los grifotas, anteriormente legionarios muchos de ellos; los roqueros, sectores juveniles de clases medias o trabajadoras, con una posición de rechazo simbólica ante el sistema y el estilo de vida imperantes con expresiones a través de la indumentaria, música, drogas, ...; y los estudiantes universitarios, caladero de vanguardias a nivel político y también cultural. Todos en ambientes marginales ya desde los años de postguerra. También existía un considerable número de morfinómanos, más o menos tolerados e institucionalizados, y un uso bastante extendido de cocaína entre los privilegiados del Régimen más *marchosos*.

La extensión del consumo experimental de marihuana y LSD entre las nuevas subculturas juveniles (beatniks, hippies) desató la *histeria antipsíquedelica* en los medios de comunicación entre finales de los 60 y principios de los 70, que para su frustración no generó ningún tipo de alarma social. El hachís que entró en 1967-1968, llegó a ser muy significativo para algunos sectores jóvenes, y llegó a formar parte de una moda cultural, con amplia participación de sectores heterogéneos de la juventud, para quienes el uso del hachís ya no simbolizaba un compromiso en otros aspectos de su vida. Se produce a partir tanto de la alarma por el movimiento anti-autoritario pacifista y libertario que viene de los EE.UU., donde fumar canutos se extendió a jóvenes de familia bien y la consiguiente alarma social. Sin embargo, el Gobierno respondió con un endurecimiento de las leyes y con la creación de la Brigada Especial de Estupefacientes tras la ratificación por España en 1967, del Convenio Único de Viena de 1961. Todo ello en el marco de un fuerte proceso industrializador vivido en este país a partir de los años sesenta, que significó un cambio económico importante y resultó ser el inicio de unas radicales transforma-

ciones a nivel social y cultural que conocimos como “proceso de modernización”. Desde el final del franquismo, se fue creando una desproporcionada alarma social en torno a las drogas, que sobrevaloraba algunos supuestos indicadores de su negatividad (morbimortalidad, gasto público, etc.), aunque en realidad fueran mucho menores que otros fenómenos sociales, como el de la circulación de vehículos o la accidentabilidad laboral.

El VII Congreso Nacional de la asociación Española de Neuropsiquiatría que se celebró en Pamplona en 1962 tuvo la ponencia “El alcoholismo en España” que, tras un fuerte debate, situó el alcoholismo como uno de los problemas psiquiátricos y sociales más importantes en España; en el XI Congreso de la AEN celebrado en 1971 en Málaga se presentó la ponencia “Toxicomanías actuales”. Hemos de recordar que en esos años 60 los ingresos por “toxicomanías” se situaban en un 0,6% (morfina, cannabis...) mientras que por alcoholismo eran superiores al 30% (3).

- *Transición política.* Durante los primeros años de la denominada transición democrática, tras la muerte de Franco, en pleno proceso de transformación del sistema político en una pretendida democracia, el hachís se mantuvo en el marco de las multitudinarias fiestas y manifestaciones que celebraron el retorno a la democracia, y se extendió el protagonismo al consumo endovenoso de heroína y otras drogas entre muchas personas jóvenes. Su impacto determinó que el “problema” de drogas creado por la prensa cobrara sentido para la opinión pública y finalmente estallara la alarma social hasta otorgarle el carácter de epidemia y una de las preocupaciones principales de la sociedad. El “problema de la droga” se apoyó en el modelo penal, basado en el paradigma represivo-criminalizador, con elementos contradictorios y poco coherentes con una finalidad básica: aislar socialmente a determinados grupos poco identificados con el consenso social dominante.

Entre los años 1977 y 1981 acceden al consumo de caballo jóvenes de clases medias y trabajadoras, un buen número con militancia política o un cierto papel de liderazgo social, que decían expresar de ese modo el malestar existencial. En este proceso, la heroína fue perdiendo su aureola contracultural para tornar cada vez más en elemento de autoatención (4) que propició vaivenes entre modelos, ahora modelo penal o en otros momentos medicalista y psicosocial después. Estigmatizados sus usuarios, lo que durará más de dos décadas, entendidos como delinquentes a partir del modelo penal sobre el consumo de “la droga” y, por ello necesitado de un tratamiento represivo; o podía también entenderse como sustancias que, con su uso, dan enajenación y enfermedades a quienes a ellas se acercan, tal como proponía el modelo biomédico. Al tiempo, su mercado crecía sobre las

redes sociales establecidas anteriormente y todo tipo de ámbitos geográficos hasta llegar a identificar la droga y la heroína confundiendo interesadamente historias, efectos y repercusiones individuales o sociales.

Al tiempo se produjo una expansión de los consumos de ansiolíticos benzodiazepínicos (lorazepam, alprazolam, flunitrazepam) y de estimulantes (anfetaminas y anorexígenos con estimulantes): La fácil accesibilidad y su difusión centroeuropa y en países nórdicos hizo que se conociera como “la española”.

- *Hegemonía de la heroína.* Una década del 1982-1992, de estabilidad democrática tras la victoria del partido socialista, inicia un período de polémicas sobre la seguridad ciudadana, ligadas sobre todo al binomio delincuencia-drogas tras la entrada de sectores marginales de la sociedad, atraídos por un mercado fuera de la ley ya constituido, con la opción de obtener dinero fácil y situarse socialmente, y en el que pueden moverse con facilidad, pero generando notoria alarma social. La recuperación económica de mediados de los ochenta, y la entrada de España en la Comunidad Europea y el referéndum sobre la entrada en la OTAN, momento de ruptura con una cultura de la izquierda tradicional ante la hegemonía liberal.

En lo que se refiere a la heroína, se produjo una estabilización de la prevalencia y, mientras, aumentan los consumos en determinadas capas sociales, con menor capacidad para conseguir las expectativas “exigidas por la normalidad” para otras, con un paro estructural, y un evidente repunte de los delitos contra la propiedad, unido a los vaivenes legislativos del ejecutivo socialista, la criminalización y el imparable deterioro de la salud de muchas personas -especialmente a partir de la aparición del SIDA, enfermedad transmitida por unas determinadas prácticas de riesgo, ligadas en nuestro país al uso de drogas por vía intravenosa-, con las consiguientes consecuencias para sus familias, resultó decisivo para que cundiera dicha alarma social.

Pero buena parte de la misma también estuvo motivada por los escandalosos casos de corrupción detectados entre agentes de los cuerpos de seguridad y por la falta de una respuesta adecuada por parte de las instituciones. Tanto que en el imaginario colectivo de muchas personas anidó el convencimiento de que la diseminación de la droga obedecía a un plan calculado por poderes ocultos en la sombra. Con todo, debemos hacer constar que la percepción de dicho “problema” -institucionalizado desde la creación del Plan Nacional sobre Drogas en 1985- siempre fue por delante de su repercusión real. En las subculturas marginales la heroína se convierte en un factor de identidad, y es cuando cuaja la identificación heroína-marginación y, por lo tanto, teniendo en cuenta su papel paradigmático, la de drogas-marginación (4).

- *Crisis económica del 93*. Que continuará con la promulgación de leyes como la Ley de Extranjería y la Ley Corcuera (de Seguridad Ciudadana), antes de la victoria del PP en las elecciones de 1996. A lo largo de la década estarán muy presentes en los medios de comunicación el postmodernismo, la mundialización globalización, la cocaína, éxtasis y otras drogas estimulantes y de diseño. La heroína pierde la centralidad en el discurso social, la cocaína pasa a un primer plano -asociada al narcotráfico-, con nuevos tipos de consumo de estimulantes y de drogas de diseño.

A partir de los años 90, parecía razonable adecuar la leyes a las nuevas situaciones lo cual no se hizo en la reforma del Código Penal de 1996, el llamado “Código Penal de la Democracia”. Ya había comenzado a descender el número de muertes por sobredosis, despreciarse la ruta intravenosa por los nuevos consumidores y generalizarse la adopción de medidas de reducción de riesgos y daños (programas de intercambio de jeringuillas, programas dispensación de metadona y otros opiodes, apertura de centros de consumo higiénico –las *narcosalas*-, programas de heroína, cooperativas y clubs de consumidores de cannabis, etc.), empezó a descender también la percepción social sobre la existencia de un “problema” en relación a las drogas (5). Como señalara Romaní (6), hay quien aduce que sin la criminalización, la alarma social y, en fin, la creación de un problema social alrededor de “la droga”, seguramente no se habrían conseguido los recursos asistenciales hoy en día dedicados a ello.

Ni la extensión de los consumos de cocaína, *speed*, *éxtasis* y demás drogas denominadas de diseño, ni fenómenos como el conocido botellón, consiguieron elevar el nivel de preocupación entre la ciudadanía. Es más, el antiprohibicionismo dio un salto cualitativo importante al pasar de estar concentrado en la voz de unas cuantas personalidades con notorio eco mediático (Fernando Savater, Antonio Escohotado, José Luis Díez Ripollés, etc.) a repartirse en un amplio movimiento de carácter asociativo, mientras la alarma social quedaba totalmente diluida.

- En lo que llevamos de s. XXI, a nivel psicofarmacológico quizá el fenómeno más interesante sea la irrupción de las *researchs chemicals* (RCs) o *legal highs* (sustancias químicas de investigación, drogas para gourmets) . Pero tampoco podemos olvidar, como un efecto más de la globalización, la aparición de nuevos mercados (p. ej.: Silk Road) vinculados a la Internet profunda o invisible, que vine a ser un torpedo directo contra la línea de flotación de la políticas prohibicionistas.

Ignoramos qué nos deparará el futuro, pero es interesante observar cómo los medios de comunicación siguen esforzándose -infructuosamente- por reactivar la alarma social (conjurándose en un “frente común” ante la reina en la sede de la

Fundación de Ayuda a la Drogadicción, hablando de supuestas drogas “caníbales”, etc.), mientras el gobierno español parece dispuesto en zanjar la pugna histórica entre quienes consideran a los usuarios de drogas como delincuentes o quienes las califican de enfermos, tratándoles como simples infractores. Y todo en el momento en que ha transcurrido un año de la conmemoración del primer centenario de la I Guerra Mundial y, como hemos visto, de los orígenes ese supuesto “problema de drogas”.

BIBLIOGRAFÍA

1. Escohotado A. Historia general de las drogas. 3 Vol. Alianza Editorial, 1989.
2. Usó Arnal J.C. Drogas y cultura de masas. (España 1855-1995). Madrid: Taurus, 1996.
3. Santodomingo J. Historia de las adicciones y su abordaje en España. En MA. Torres, J. Santodomingo, F. Pascual, F. Freixa y C. Álvarez: Historia de las Adicciones en la España contemporánea. Socidrogalcohol, 2009.
4. Romaní O. Las drogas. Sueños y Razones. Barcelona, Ariel, 1999.
5. Usó J.C. ¿Problema social o camelo mediático? El fenómeno de las drogas en España, entre la percepción subjetiva y la repercusión real. Píldoras de realidad. Madrid: Amargord, 2012, pp. 239-273.
6. Romaní O. Adicciones, drogodependencias y “problema de la droga” en España: la construcción de un problema social. Cuicuilco, 2010, vol. 17, 49: 83-101.

1.3.- Las drogas: tendencias epidemiológicas.

Iñaki Markez

Hemos oído y leído hasta la saciedad que el uso de sustancias psicoactivas con fines terapéuticos, recreativos y sacramentales es tan antiguo como la propia Humanidad. Se nos atosiga con enormes cifras de producción y consumo de sustancias adictivas, o con las prevalencias de las enfermedades asociadas a sus usos inadecuados, cuando no, con discursos catastrofistas. Es más, en el siglo XX, el uso de sustancias psicoactivas con fines no médicos dio lugar a crisis sociales y sanitarias de notoria intensidad. Recordemos los tiempos de la Ley Seca; las *Narcotic Clinics* en EE.UU en los años 20; la *Maribuana Tax Act* en 1937; las décadas de los 80 y los 90 con la heroína y poco después con el VIH asociado a importantes franjas de población usuaria de drogas por vía inyectable; las, en sus orígenes, polémicas estrategias de Reducción de Daños y Riesgos desde los años 90 que algunos quisieron identificar con la “legalización de las drogas”; los estimulantes y su carga de violencia, de agresividad acompañante; el progresivo cambio de enfoque y propuestas para cambiar las estrategias ante las drogas y su producción y consumos, centradas en acabar con la criminalización en el área latinoamericana en estos últimos años. . .

En estos tiempos actuales, la expansión del consumo de drogas estaría condicionada por los estereotipos y papeles sociales que se adjudican a cada sexo. En este sentido las mujeres han ido participando en los consumos de drogas en la medida en que éstos han sido más tolerados y aceptados socialmente, permaneciendo alejadas de aquellos consumos que son sancionados y estigmatizados para las mismas. Podemos hablar de dos tipos de patrones de consumo (1): el que corresponde al uso de drogas legales (tabaco, alcohol y psicofármacos) donde encontramos una mayor presencia femenina; y por otro lado, en el uso de drogas ilegales han sido los varones los que más representación han tenido, siendo las mujeres minoritarias en estos consumos. Requiere tener presente la perspectiva de género, considerar los roles, representaciones y relaciones de género pautados culturalmente para varones y para mujeres (2). El uso de drogas en las sociedades occidentales se ha asociado a los roles y comportamientos masculinos siendo peor visto en los comportamientos femeninos. Para los varones el uso de drogas se ha relacionado más como un comportamiento de riesgo, de desviación o como una enfermedad cuando han surgido

las graves consecuencias para la salud. Sin embargo, para las mujeres, el consumo de drogas ha sido percibido como un vicio, una patología, una respuesta a los problemas o trastornos femeninos y sobre todo como una trasgresión a los roles tradicionales que deben desempeñar las mujeres (3).

Principios rectores para la reunión de datos

Un aspecto integral para mejorar los datos internacionales sobre el consumo de drogas es la armonización de las actividades y los métodos de reunión de esos datos. En enero del 2000 se dio un paso importante para esa armonización con la celebración de una reunión conjunta de representantes de organismos internacionales y redes regionales de información sobre drogas, para examinar principios, estructuras e indicadores que aseguren la eficacia de un sistema de información sobre drogas (4). Se llegó por consenso a los siguientes indicadores:

- a) El consumo de drogas entre la población en general;
- b) El consumo de drogas entre los jóvenes;
- c) El uso indebido de drogas de alto riesgo;
- d) La utilización de servicios relativos al problema de las drogas;
- e) La morbilidad relacionada con las drogas;
- f) La mortalidad relacionada con las drogas.

El indicador *consumo de drogas* aluden a gran número de pautas, que van desde el consumo experimental aislado hasta el consumo dependiente, que se asocian a diferentes niveles de riesgo y de daños. Los riesgos a los que se expone una persona que consume drogas dependen de factores como el contexto del consumo, la dosis, la vía de administración, el consumo asociado a otras sustancias, el número de los episodios de consumo y su duración así como la vulnerabilidad de la persona.

La información disponible de la oferta o muchos datos de la demanda, las prevalencias de las drogas, de ellas las referentes a las drogas ilegales, y a su vez los consumos problemáticos. Pero baste recordar que el *consumo problemático de drogas* es un concepto varían en unos u otros países, y en diferentes organizaciones pudiendo referirse a consumos de alto riesgo en casos de consumos por vía inyectable, o consumos diarios, o consumos por personas con determinados diagnósticos psiquiátricos, etc. Según criterios de la CIE-10 (5) o del DSM 5 (6). Y en todas las regiones, mundiales, europeas o en las comunidades autónomas del

Estado español, el policonsumo de drogas que sigue siendo un problema grave, tanto de salud pública como en lo referente a la fiscalización (7).

La globalización y los avances en la tecnología de la información son elementos que están cambiando las pautas de consumo de drogas en los países de renta baja y media, y esto puede tener consecuencias para la problemática de las drogas en Europa en un futuro. Internet presenta retos y mecanismo para la difusión rápida de las nuevas tendencias como en su condición de mercado anónimo de alcance global. Internet crea nuevas interconexiones entre el consumo y la oferta de drogas. Y ofrece también oportunidades de búsqueda de vías innovadoras en los tratamientos y en las intervenciones de prevención y de reducción de daños (8). La cuarta parte de la población adulta europea ha consumido drogas ilegales, al menos 80 millones de europeos adultos han consumido una droga ilegal en algún momento de su vida. La mayoría declaran haber consumido cannabis (73,6 millones), siendo muy inferiores las cifras de consumos de otras drogas: 14,1 millones para la cocaína, 11,4 millones para las anfetaminas y 10,6 millones para el éxtasis, variando de unos países a otros, desde un tercio de los adultos en Dinamarca, Francia y el Reino Unido hasta menos de uno de cada 10 en Bulgaria, Grecia, Chipre, Hungría, Portugal, Rumanía y Turquía (9).

Consumo de drogas entre estudiantes

El seguimiento del consumo de sustancias entre estudiantes nos sitúa sobre las conductas de riesgo actuales de la juventud y orienta de las posibles tendencias futuras. En Europa, el estudio ESPAD (10) es un valioso recurso para trazar las tendencias del consumo de sustancias entre estudiantes de 15 a 16 años de edad. Según datos recientes, correspondientes a 2011, se estima que uno de cada cuatro estudiantes de esa edad ha consumido drogas ilegales en algún momento, aunque la prevalencia varía entre unos países y otros. El cannabis representa la mayor parte del consumo de drogas ilegales en este grupo: el 24% de los encuestados informó de haberlo consumido alguna vez, el 20% en el último año y el 12% en el mes anterior a la encuesta. En comparación con sus homólogos femeninas, los estudiantes varones tienen 1,5 veces más probabilidades de haber consumido cannabis en el último mes.

La prevalencia del consumo de drogas ilegales distintas del cannabis es mucho menor, aunque en unos cuantos países destaca el consumo de éxtasis y anfetaminas. En términos generales, el 7% de los estudiantes indican haber consumido en

algún momento más de una droga ilegal. ESPAD también informa del consumo de alcohol y tabaco. El consumo de estas dos sustancias es más común que el de cannabis y quienes han consumido cannabis tienen también más probabilidades de ser consumidores habituales de alcohol y tabaco. En el mes anterior a la encuesta, el 19% de los encuestados dijeron haber fumado uno o varios cigarrillos al día, y el 4% haber fumado más de 10 al día. Casi dos tercios de los estudiantes declararon haber consumido alcohol al menos una vez en el último mes y el 20% se intoxicaron al menos una vez en ese período.

Situación epidemiológica de la Drogas en la Unión Europea

El Departamento de Epidemiología en colaboración con las instituciones *nacionales* asociadas al Observatorio Europeo -Puntos Focales- ofrece cada año una visión global de la situación epidemiológica del consumo. Aquí se presenta un breve resumen de los últimos resultados del consumo de drogas entre la población general, la estimación del consumo problemático y algunas de las consecuencias graves del consumo desde el punto de vista de la salud pública. En las drogodependencias en Europa, la heroína tiene hoy un papel menos relevante que en décadas pasadas, mientras que toman más importancia los estimulantes, las drogas sintéticas, el cannabis y los medicamentos (13). A pesar de las variaciones en los diferentes Estados, se pueden identificar algunos patrones comunes en los países de la Unión Europea donde se han realizado encuestas poblacionales.

Según el informe anual del Observatorio Europeo de la Droga y Toxicomanías, en Europa, el ligero descenso registrado en el consumo de sustancias como la cocaína y la heroína, y la estabilización del cannabis, contrasta con el notable ascenso de las llamadas drogas sintéticas. La venta y distribución a través de Internet presenta desafíos “cada vez mayores” para las autoridades y las agencias de control, que han detectado numerosas nuevas drogas sintéticas.

- Alcohol.

Europa es la región donde se consumen más bebidas alcohólicas a pesar del descenso respecto a las cifras de los años 70 que sitúan el consumo de alcohol por adulto/año en 12,5 litros (10) con progresiva armonización de niveles de consumo y tipos de bebidas (vino, cerveza, ...) en la mayoría de los países europeos, donde más de 55 millones de adultos (15%) se abstienen.

En la población de 15-64 años se aprecia una tendencia a la estabilización en

el consumo. Entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años ha aumentado el consumo intenso, que suele centrarse en el fin de semana. En este grupo destaca la sustitución del patrón de consumo tradicional mediterráneo (uso habitual de cantidades moderadas de bebidas de baja graduación en entorno familiar) por usos menos frecuentes, centrados en el fin de semana, pero en el que se utilizan grandes cantidades de bebidas de alta graduación, lo que lleva a preocupar pues el alcohol es la causa del 7,4% de la carga total de incapacidades y muertes prematuras en Europa (11).

-Tabaco.

Sus prevalencias de consumo no muestran un descenso claro y mantenido. Entre los estudiantes de 14-18 años el consumo se ha mantenido prácticamente estable entre 1994 y 2014, aunque se aprecia un leve descenso. Las recientes reformas legislativas y los aumentos en los impuestos en relación con el consumo de tabaco de los últimos años están teniendo influencias a nivel epidemiológico, aunque es pronto para poder evaluar la eficacia de estas medidas.

Como los cigarrillos electrónicos aun no han demostrado que ayuden o no a dejar de fumar, por su variabilidad y la del comportamiento de los usuarios, se sabe poco de los efectos agudos, lo que hace necesario que se amplíen las investigaciones sobre los efectos a largo plazo.

Que las escolares beban y fumen más que sus homólogos los escolares puede estar relacionado con factores como: 1) las adolescentes participan hoy en los mismos espacios y con los mismos ritos de ocio que sus compañeros. En décadas anteriores los entornos y momentos de ocio eran diferentes para ambos sexos y paulatinamente se han ido produciendo una tolerancia mayor a la incorporación de las mujeres en todos los contextos sociales. 2) Son pocos los estudios que abordan detenidamente el consumo de tabaco y alcohol femenino con la publicidad, pero es indudable que existe una influencia importante para las adolescentes. Por ejemplo, la gama de tabacos light son muy usados por las mujeres y adolescentes, de ahí la incorporación de la imagen femenina en sus anuncios publicitarios. De la misma manera la publicidad del alcohol va asociada con imágenes de su uso social y público, en donde las mujeres tienen una importante representación. Aquel eslogan de cierta bebida alcohólica de que “era cosa de hombres” ya no es un reclamo publicitario, pues excluiría a las jóvenes, también clientes para la industria alcohólica. 3) Las drogas legales o ilegales pueden ser un sustituto o inhibidor de la ingesta alimentaria, como son el alcohol, el tabaco o los psicoestimulantes, permitiendo

ingerir una menor cantidad de alimento y por tanto un medio de control del peso (14). La imagen corporal femenina es un reclamo publicitario importante útil para establecer cánones de identificación. 4) Es probable que las jóvenes se encuentren en una encrucijada de conflicto de roles, y los modelos tradicionales de identificación femenina no son el referente para nuevas generaciones en donde los roles de género se están redefiniendo. 5) Las drogas, son una fuente de placer, diversión y búsqueda de nuevas sensaciones que conforman unas motivaciones que no estaban relacionadas con las mujeres (15).

-El cannabis

El cannabis es la droga ilegal más consumida en todos los grupos de edad, mientras que el consumo de otras drogas es mucho menor. En la población adulta, la experiencia con cannabis a lo largo de la vida oscila entre el 10% (Finlandia) a el 20-30% de Dinamarca, Reino Unido y España, mientras que las anfetaminas han sido experimentadas por entre el 1% y el 4% de los adultos, según los países, y la cocaína entre el 1% y el 3%.

Se estima que 14,6 millones de europeos jóvenes (de 15 a 34 años) (el 11,2 % de este grupo de edad) consumieron cannabis en el último año, siendo la cifra correspondiente de 8,5 millones entre los de 15 a 24 años (13,9 %). El consumo de cannabis es generalmente más elevado entre los hombres, acentuándose esta diferencia en las pautas de consumo más intensas o regulares. Las tendencias actuales de consumo presentan divergencias: de los países que han realizado nuevas encuestas desde 2011, ocho informan de disminuciones y cinco refieren aumentos de la prevalencia del consumo en el último año. Pocas encuestas nacionales informan actualmente sobre el consumo de agonistas de receptores de cannabinoides sintéticos; en las que lo hacen, los niveles de prevalencia son generalmente bajos.

Entre adultos jóvenes (de 15 a 34 años), en Dinamarca, Finlandia y Suecia pueden observarse tendencias al alza del consumo de cannabis durante el último año entre adultos jóvenes, aunque con diferentes niveles de prevalencia. Por el contrario, las tasas de prevalencia de Noruega se han mantenido estables. En Alemania, Francia y el Reino Unido, la tendencia en la última década ha sido estable o en descenso, tras los aumentos de años anteriores. España notifica también la prevalencia más baja de la última década. Estos cuatro países representan en conjunto casi la mitad de la población de la UE. Bulgaria e Italia muestran tendencias al alza.

A pesar de algunos signos de tendencia decreciente en los consumos de cannabis, sobre todo en países con una historia larga y consolidada de prevalencia ele-

vada, el consumo de cannabis en Europa sigue siendo alto en términos históricos y cuenta con un mercado amplio y relativamente sólido, con aumentos de la diversidad de tipos de productos disponibles. Cualquier cambio positivo en los indicadores del consumo general de cannabis en Europa debe considerarse en el contexto de una situación muy heterogénea a escala nacional; hay países, por ejemplo, que notifican niveles de prevalencia bajos y estables, mientras que en otros muchos países de Europa central y oriental aumentó considerablemente el consumo en la presente década. En Europa, el cannabis es la segunda sustancia más notificada por los consumidores que inician tratamiento especializado. Su consumo de cannabis parece ser estable o incluso decreciente, sobre todo entre los grupos de edad más jóvenes, aunque no es una imagen uniforme.

El cannabis es también la droga que divide las actitudes de la población y, por ello, algunos países distinguen explícitamente entre el cannabis y las demás sustancias en sus políticas de control de las drogas. En las encuestas de actitud en la Unión Europea, el cannabis aparece como la droga sobre la que hay una mayor polarización de las actitudes de la opinión pública. De este modo se favorece un intenso debate público, recientemente avivado por las modificaciones internacionales producidas en los medios de control de la disponibilidad y del consumo de cannabis, en particular tras las reformas legislativas realizadas en algunos Estados de los EE.UU. y de América Latina.

Desde el año 2000, aproximadamente, muchos países han reducido la gravedad de las penas impuestas por las infracciones asociadas al consumo o a la posesión para consumo personal. En líneas generales, el debate europeo sobre el control del cannabis tiende a centrarse en la oferta y el tráfico, más que en el consumo. Por el contrario, desde hace una década ha crecido el número de infracciones vinculadas al consumo y a la posesión para consumo.

-Heroína y otros opiáceos

Aunque las estimaciones de producción de heroína siguen siendo globalmente elevadas y las incautaciones en Turquía se han reactivado, los indicadores relativos a esta droga se mantienen en general estables o muestran una tendencia a la baja (9). Al mismo tiempo, aumento general de la disponibilidad de tratamientos para consumidores de heroína, los indicadores señalan ahora una tendencia a la baja tanto en el consumo como en la disponibilidad de esta droga. Los volúmenes incautados muestran una tendencia decreciente. La heroína ha sido desplazada del mercado por otros opiáceos.

El número de consumidores de heroína que inician tratamiento por primera vez también sigue disminuyendo y los consumidores en tratamiento constituyen una población cada vez de mayor edad. También las muertes relacionadas con opiáceos se han reducido en los últimos años. Históricamente, el consumo de heroína se ha hecho sobre todo por vía parenteral pero se observa una disminución general de esta práctica (salvo recientes brotes de VIH relacionados con el consumo de drogas por vía parenteral en Grecia y Rumanía).

Los consumidores de opiáceos, sobre todo heroína, como droga principal representan el 46% de los que iniciaron tratamiento especializado en 2012 en Europa (189.000) y el 26% de los que iniciaron tratamiento por primera vez. Las cifras de los que inician tratamiento están en disminución en Europa, ya que del máximo de 59.000 en 2007 se pasó a 31.000 en 2012. En general, se ha reducido la iniciación en el consumo de heroína y esto repercute en la menor demanda de tratamiento.

-Opiáceos distintos de la heroína

La heroína está en declive, pero son motivo de preocupación las sustancias de sustitución (9), todo un reto en algunos países. En 2011, once países europeos notificaron que el 10% o más de los consumidores de opiáceos que iniciaron tratamiento especializado por primera vez consumían productos distintos de la heroína, como fentanilo, metadona y buprenorfina. En algunos países, estas drogas son ahora los opiáceos más frecuentes: en Estonia, la mayoría de los consumidores que iniciaron tratamiento por consumo de opiáceos tomaban fentanilo sin control médico alguno y en Finlandia, buprenorfina.

-Cocaína

La cocaína es la droga estimulante ilegal más consumida en Europa, aunque la mayoría de los consumidores se concentran en un número restringido de países. Se estima que unos 2,2 millones de adultos jóvenes de 15 a 34 años (el 1,7% de este grupo de edad) consumieron cocaína el año pasado. Tanto los indicadores de consumo como los de oferta de cocaína muestran tendencias decrecientes en los últimos años y la espectacular reducción de las incautaciones probablemente se debe, en buena parte, a la diversificación de las rutas de tráfico y las técnicas de los grupos de delincuencia organizada. Las incautaciones siguen siendo importantes en la Península Ibérica, pero menores que en el pasado, mientras que los informes de aprehensiones en Europa oriental son preocupantes.

En Dinamarca, España y el Reino Unido, las tasas de prevalencia fueron relati-

vamente elevadas, aunque van disminuyendo después del máximo alcanzado en 2008. En la mayor parte de los demás países, las tendencias se muestran estables o a la baja. Son claros los signos de disminución de la demanda de tratamiento.

En 2012, en su población adulta, Alemania estimó que presentaban «dependencia de la cocaína» el 0,20%, Italia cifró en un 0,26 % los «que necesitaban tratamiento por consumo de cocaína» y en 2011 España estimó en un 0,4 % el «consumo de cocaína de alto riesgo». La cocaína fue citada como droga principal por el 14% de los consumidores que iniciaron tratamiento especializado en 2012 (55.000) y por el 18 % de los que iniciaron tratamiento por primera vez (26.000). Hay grandes diferencias entre los países, concentrándose el 90 % de los consumidores de cocaína en Alemania, España, Italia, Países Bajos y Reino Unido. Estos cinco países representan algo más de la mitad de la población de la UE. El número de pacientes que inician tratamiento por primera vez por consumo de cocaína como droga principal ha disminuido en los últimos años, ya que, tras el máximo de 38.000 alcanzado en 2008, disminuyó a 26.000 en 2012. Gran parte de esta disminución puede atribuirse al descenso producido en Italia. En 2012, sólo un número pequeño (2.300) de los consumidores que iniciaron tratamiento por primera vez en Europa lo hicieron por el consumo de crack como droga principal, concentrándose dos tercios de ellos en el Reino Unido y casi todos los demás en España y Países Bajos.

El uso de cocaína base (crack) y metanfetamina en base fumadas o inyectadas son un fenómeno creciente en población marginal de EE.UU. y algunos países europeos. Aunque esta pauta de consumo es aun muy minoritaria, es preciso prestar atención a su evolución debido a las graves consecuencias sanitarias de estas formas de consumo.

- Anfetaminas

En Europa se consumen anfetamina y metanfetamina, estimulantes estrechamente relacionados, siendo mucho mayor la disponibilidad de la primera de ellas. El consumo de metanfetamina estuvo históricamente restringido a la República Checa y, recientemente, a Eslovaquia, aunque esto está cambiando. Ambas drogas pueden tomarse por vía oral o esnifarse y además es relativamente frecuente el consumo por vía parenteral entre los consumidores problemáticos de algunos países. La metanfetamina también puede consumirse por inhalación del humo, pero esta vía de administración ha sido muy reciente.

El consumo de anfetaminas tiene efectos adversos para la salud a nivel cardiovascular, pulmonar, neurológico y mental, además del riesgo de enfermedades in-

fecciosas, ligado a la vía parenteral. Al igual que con otros estimulantes, las muertes por su consumo pueden ser difíciles de identificar.

Se estima que 1,2 millones (0,9 %) de adultos jóvenes (de 15 a 34 años) consumieron anfetaminas en el último año. Entre 2007 y 2012, las estimaciones de prevalencia anual en adultos jóvenes se mantuvieron relativamente bajas y estables en la mayoría de los países europeos, con aumentos en el número de consumidores que iniciaron tratamiento en Alemania, República Checa y Eslovaquia.

- Éxtasis

El MDMA (3,4-metilendioximetanfetamina), derivado anfetamínico con elementos bioquímicos similares a la mescalina, que en Europa, a finales de los años 90, llegó a ser la droga más popular tras el cannabis. Suele consumirse en forma de pastilla, y también se ofrece en forma cristalina o de polvo; se ingiere o se esnifa. Su consumo se ha asociado históricamente a los locales de música electrónica y se concentra en los adultos jóvenes. El patrón de consumo más habitual de estas sustancias es el ocasional o esporádico, asociado a espacios de ocio y como policonsumo de distintas sustancias. Ha notificado casos de muerte, aunque son muy raros.

Excepto Bulgaria, que desde 2005 mantiene una tendencia al alza, la disminución mencionada sigue apreciándose en los 12 países que disponen de encuestas desde 2011. En 2012 iniciaron tratamiento de drogodependencia pocos consumidores por problemas relacionados con el éxtasis: esta droga sólo se mencionó como la principal en menos del 1 % de los consumidores, aproximadamente un 1,3 millones de adultos jóvenes (de 15 a 34 años).

- Nuevas sustancias psicotrópicas

La cocaína, las anfetaminas y el éxtasis son los estimulantes ilegales más consumidos en Europa, pero hay otras sustancias menos conocidas, como los nuevos agonistas de receptores de cannabinoides (ARC) sintéticos, de fenetilaminas, piperacinas (por ejemplo, BZP) y las catinonas sintéticas (la mefedrona y MDPV), que pueden consumirse también ilegalmente por sus efectos estimulantes y se han hecho un hueco en el mercado de los estimulantes ilegales en algunos países, tratando de imitar a las drogas ilegales más conocidas. Suele asociarse un elevado consumo de estimulantes a locales nocturnos, de baile y de música concretos en los que se combina ese consumo con el de alcohol.

La evolución en este campo es muy rápida y aparecen nuevas sustancias a ritmo muy vivo. En 2013 se notificaron al Sistema de alerta rápida de la UE 81 nuevas

sustancias psicotrópicas, con lo que se elevó a más de 350 el número de sustancias controladas (9). Más reciente aún es el aumento de la presencia de grupos químicos poco conocidos. Muchos de los productos en venta contienen mezclas de sustancias y siguen siendo un motivo de preocupación y se ha comunicado su práctica en poblaciones diversas, como consumidores de opioides, pacientes en tratamiento por drogodependencia o reclusos. Se ha notificado un aumento de la demanda de tratamiento asociada a los consumos de catinonas sintéticas en Hungría, Rumanía y Reino Unido.

- Alucinógenos, GHB y ketamina

Siguen en el panorama actual aunque con bajo nivel de consumo, con tendencias minoritarias pero es importante de cara a valorar futuras estrategias de prevención e intervención. En el mercado de drogas ilegales en Europa hay varias sustancias psicotrópicas con propiedades alucinógenas, anestésicas y depresivas: se consumen por sí mismas, o bien junto con otras drogas más comunes o en lugar de estas. Los niveles de prevalencia del consumo de hongos alucinógenos y de LSD en Europa son generalmente bajos y estables desde hace varios años. Entre los adultos jóvenes (de 15 a 34 años), las estimaciones de prevalencia del consumo de hongos alucinógenos en el último año oscilan entre el 0% y el 0,8% y las del LSD, entre el 0% y el 0,7%.

Las estimaciones de prevalencia del consumo de estas sustancias, en la población adulta y en la población escolar se mantienen bajas. En Dinamarca, la prevalencia en el último año del consumo de ketamina fue del 0,3 % de los adultos jóvenes (de 15 a 34 años), y en el Reino Unido fue del 0,8 % en el grupo de jóvenes de 16 a 24 años de edad, tras haber alcanzado un máximo del 2,1 % en 2010. Las encuestas específicas en locales nocturnos dan niveles de prevalencia más elevados. En una encuesta del Reino Unido realizada por Internet entre consumidores identificados como «discotequeros» habituales, el 31 % declararon haber consumido en el último año ketamina y el 2 % haber consumido GHB.

El uso psiconáutico (con fines de autoexploración o crecimiento personal) de plantas nativas de Latinoamérica con propiedades psicodélicas (ayahuasca, peyote, *Salvia divinorum*,...) es también un fenómeno reducido a círculos restringidos que requiere prestar atención a su evolución.

Pautas actuales del consumo de drogas en España

Los datos aportados por los estudios epidemiológicos sobre el consumo de drogas (13) señalan que las variables sociodemográficas habituales son sexo y edad. Los estudios consultados, evidencian que la situación del consumo de drogas en España presenta patrones e indicadores, entre los que cabe destacar los siguientes:

1. Existe una amplia penetración social de los consumos de drogas, sobre todo alcohol, tabaco y derivados del cannabis, que presentan altos niveles de prevalencia elevados y son percibidos por la ciudadanía, como menos peligrosos que otros.

2. En relación al consumo de drogas ilícitas continúa siendo un problema social y sanitario para muchos pero se observa un progresivo descenso de la sensación de alarma social asociada a este fenómeno.

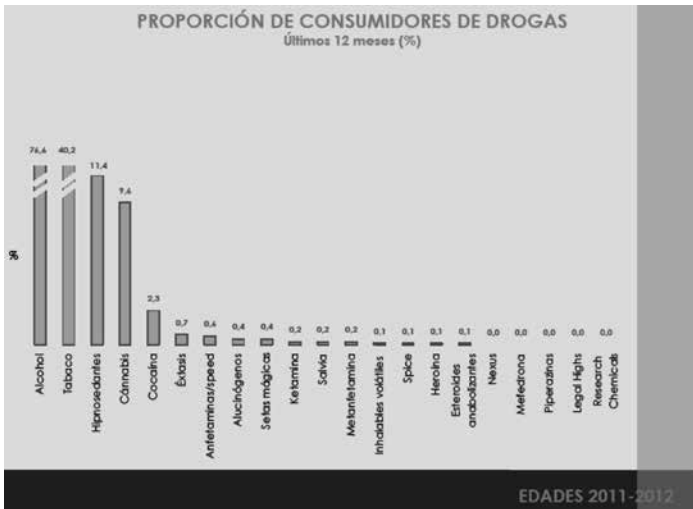
3. La evolución global del consumo de drogas en España en los últimos años, viene determinada por la presencia de dos procesos compatibles entre sí: mientras aumenta el número de personas que admiten haber tenido algún consumo de drogas, sean legales o no, así como las cantidades utilizadas por una parte importante de los consumidores habituales, decrece de forma continuada el número de personas que utilizan drogas con frecuencia.

4. La tendencia referida en el punto anterior es más clara entre los sectores adolescentes y juveniles de nuestra población que, como es conocido, presentan las tasas de prevalencia más altas de consumo de drogas, en su conjunto.

5. Entre la adolescencia y jóvenes que usan frecuentemente drogas, el policonsumo presenta altas cotas de penetración, con asociaciones muy variadas, que a su vez muestran tendencias cambiantes en el tiempo. En la actualidad predominan los siguientes modelos de policonsumo:

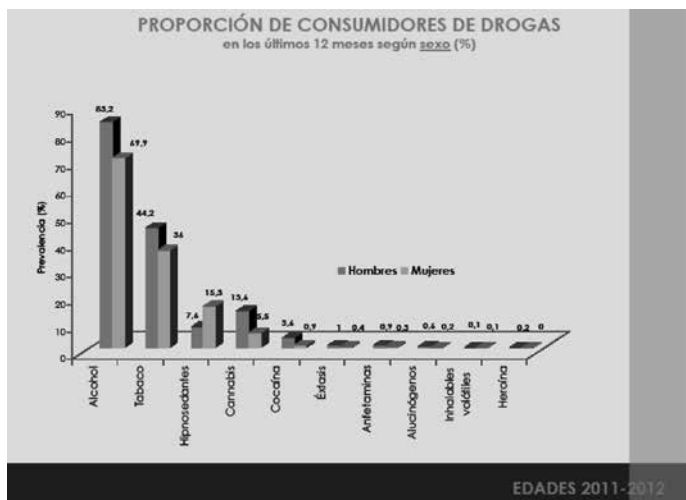
- El modelo más importante, con una explicación de la varianza del 26,8%, está constituido por un grupo que integra alucinógenos, anfetaminas y drogas de síntesis, cocaína y cannabis; el segundo modelo, con una explicación de la varianza del 11,8%, estaría formado por la heroína, junto con otros derivados opiáceos, la cocaína y los inhalables; el tercer grupo, con una explicación de la varianza del 7%, está formado por tabaco, alcohol y derivados del cannabis.

Hay que tener en cuenta que a finales de los años 80 el principal modelo estaba liderado por la heroína, que actualmente ocupa el segundo lugar. En relación con la cocaína, e igual que en los 80, se observa el mantenimiento de su presencia en los dos principales modelos de policonsumo, con peso similar en cada uno de ellos.

Cuadro 1. Proporción de consumidores de drogas. EDADES 2011-12

Si nos aproximamos a un análisis evolutivo del consumo de diferentes drogas, observamos cómo las evoluciones presentan tendencias poco uniformes y solamente entendibles, aunque de forma parcial, por la sobredeterminación de la vida cotidiana y el papel que representan en la misma el uso de drogas por determinados sectores sociales, como en el caso de los jóvenes. Analizando los cambios de pautas de consumo de diferentes drogas, tomando como referencia principal los datos de la última década y su relación con informes de años precedentes, podemos observar la proporción de consumidores de drogas (13) (Ver cuadros 1 y 2), con cifras globales o según género, entre otras, las siguientes tendencias:

- Tabaco: Su consumo habitual parece estabilizado tras bastantes años de descenso sostenido, debido fundamentalmente a la incorporación de mujeres jóvenes al hábito, contrarrestando así el aumento en el número de ex-fumadores. Son los varones adultos los que más fuman en términos generales, aunque en grupos de edad, podemos encontrar cierta equiparación entre sexos. Sin embargo, vuelven a ser las escolares las que fuman más que sus compañeros.

Cuadro 2. Proporción de consumidores entre hombres y mujeres. EDADES 2011-12

Parece que su papel como “factor de riesgo e inicio” de otros consumos es menor, aunque el cambio de pautas de consumo es tan rápido y pronunciado que hace difícil precisar las tendencias. El 70% de los españoles de 15 a 65 años admite haber fumado y, según la Encuesta Nacional de Salud en 2012 (10), el 24% de la población mayor de 15 años fumaba a diario, cuando en el año 2000 era casi un 30%. La venta de tabaco por las vías legales se ha reducido en un 47% en 5 años, de 90.290 millones de cigarros en 2008 a 47.508 en el año 2013, manteniendo la trayectoria descendente en 2014.

- *Alcohol*: Desde que en el año 1975 el consumo de alcohol puro por litro y habitante era de 14,2, hasta que ya en 1995 fue ya de 9,5 y con decrecimientos posteriores hasta la actualidad, la población española consume cada año menos litros de alcohol por habitante. También de forma general es el varón el mayor consumidor de alcohol, de intoxicaciones etílicas y de problemas relacionados con esta sustancia. En la década de los años noventa se empezó a manifestar un patrón de consumo no habitual en la década anterior y que se relaciona más con el consumo centroeuropeo. Era un consumo más intensivo y centrado en el ocio y en el fin de semana, fuera del contexto familiar, con una edad de inicio más precoz, con incremento de la presencia femenina, especialmente entre las adolescentes.

Tradicionalmente el uso público de alcohol se centraba en los varones, mientras que las mujeres, lo hacían fundamentalmente en la escena privada o doméstica. Sin embargo, las mayores posibilidades de participación social para muchos grupos sociales, entre ellos las mujeres, y la tolerancia social al alcohol, de la que existe una gran tradición en nuestro país, han eliminado o disminuido los estereotipos y prejuicios que caían sobre las mujeres sobre este consumo.

Su consumo en España sigue siendo muy alto, observándose una tendencia a su estabilización o moderada reducción, en términos absolutos. En la Encuesta EDADES 2011-2012 (13) la mayoría de los encuestados (76,6%) señala que el alcohol es la droga más consumida en el último año, el 40,2% tabaco, el 11,4% hipnosedantes, el 9,6% cannabis, el 2,3% cocaína y para el resto de sustancias menos de un 1% de la población.

Tal y como ocurre con todas las sustancias, hay diferencias porcentuales según el género, con una ingesta mayor en los hombres que en las mujeres (83,2% vs 66,9%). La edad de inicio en el alcohol es a los 16,7 años de media, muy similar al tabaco: 16,3 años.

Entre los jóvenes se asiste a un comportamiento divergente, con una tendencia al aumento tanto de abstemios como de los “grandes bebedores”, que suelen aumentar su consumo medio con el paso del tiempo; dato preocupante es el elevado número de intoxicaciones etílicas en la población joven de 15 a 34 años: 2 de cada 5 hombres y 1 de cada 5 mujeres se han emborrachado en el último año, cifras elevadas aunque han descendido en ambos sexos y para todos los grupos de edad. El alcohol se percibe en la población general como la droga menos peligrosa.

También presentan cambios y combinaciones diversas las pautas de consumo, predominando el consumo casi exclusivamente de fin de semana entre los menores de 20 años, a la vez que desciende la edad del primer consumo. Además, el consumo de alcohol si es de tipo intensivo (borracheras o en atracón) se asocia estadísticamente con mayor prevalencia de consumo de otras sustancias ilegales, cannabis en el 23,2% y cocaína en el 5,9%. Solo aparece en el 4,1% y 0,3% de quienes no tienen esos consumos intensivos.

- *Cannabis*: En términos globales el consumo de cannabis arroja mayores porcentajes en los varones que en las mujeres, aunque en algunos grupos de edad las diferencias porcentuales son escasas. En este sentido el uso masculino y femenino de cannabis en escolares muestra una diferencia del 5% aproximadamente en las encuestas ESTUDES realizadas por el Plan Nacional sobre Drogas (Tabla 1). En las edades de 14 y 15 años estas diferencias porcentuales están casi equiparadas en ambos sexos.

Tras un período sostenido de estabilización, en los dos-tres últimos años, su consumo crece significativamente debido, fundamentalmente, a su elevada presencia entre adolescentes y jóvenes de ambos sexos. El 36,1% de los jóvenes de 19 a 28 años y el 20,2% de 15 a 18 años lo han probado. El 4% de los españoles lo consumen habitualmente (referidos al último mes), cifra que asciende al 9,4% entre jóvenes de 19 a 28 años. El cannabis ha superado al tabaco como segunda droga preferida tras el alcohol.

- Éxtasis: Tras varios años de crecimiento en su consumo, actualmente parece estancado, sobre todo porque un elevado porcentaje de los que lo han probado experimental u ocasionalmente ya no lo hace. Sin embargo, sigue despuntando su consumo juvenil, con un 6,2% de jóvenes entre 19 y 29 años y un 3,8% de menores de 18 años que admiten haberlo consumido en alguna ocasión.

Tabla 1. Consumo de Cannabis, Cocaína y Éxtasis. 12 últimos meses.

Encuesta EDADES (15-64 años)						
	<i>cannabis</i>		<i>cocaína</i>		<i>éxtasis</i>	
	varones	mujeres	varones	mujeres	varones	mujeres
1995	10,7	4,4	2,7	1,0	1,9	0,7
1997	10,7	4,7	2,6	0,6	1,2	0,5
1999	9,6	4,3	2,3	0,8	1,2	0,5
2001	13,0	5,5	3,8	1,3	2,8	0,7
2003	16,2	6,3	4,1	1,2	2,0	0,8
2005	15,7	6,6	4,6	1,3	1,8	0,6
2007	13,6	6,6	4,4	1,5	1,6	0,5
2009	14,8	6,2	4,2	1,0	1,4	0,3
2011-12	13,6	5,5	3,6	0,9	1,0	0,4
Encuesta ESTUDES (14-18 años)						
1994	21,0	15,3	2,3	1,2	4,2	2,2
1996	25,9	21,1	3,3	2,2	4,8	3,5
1998	28,2	23,5	5,4	3,6	2,9	2,1
2000	32,2	25,2	6,4	3,1	6,4	3,9
2002	36,2	29,8	7,5	5,1	4,7	3,8
2004	39,4	33,7	9,4	5,1	3,3	1,9
2006	31,6	28,2	5,2	3,1	3,3	1,6
2008	33,5	27,5	4,9	2,4	2,6	1,3
2010	28,2	24,7	3,3	1,8	2,2	1,2

- *Tranquilizantes e hipnóticos*: Cuando hablamos de psicofármacos nos referimos a productos farmacéuticos utilizados para una amplia gama de trastornos o enfermedades en la salud mental que abarcan desde el estrés a los trastornos de

personalidad, pero también fármacos utilizados para tratar la ansiedad, el estrés y muchos otros malestares psicológicos de la vida cotidiana, como son los ansiolíticos y los sedantes-hipnóticos.

Encontramos dos formas de uso de psicofármacos en la población general: el prescrito por médicos y médicas en atención primaria o salud mental, como tratamiento a ciertos malestares psicológicos; y el autoconsumo sin prescripción médica por similares circunstancias. En ambos casos son las mujeres más predominantes que los varones (13) (Cuadro 3).

En el estudio sobre el consumo de psicofármacos en mujeres (16,17) se ha puesto de manifiesto que a las mujeres se les prescribe psicofármacos el doble de veces que a los varones cuando acuden a los servicios de atención primaria y salud mental. Junto con el sexo, la edad es otra variable clave. La prescripción de psicofármacos en las mujeres está relacionada con una serie de características:

- Las mujeres acuden en mayor medida a las consultas sanitarias a exponer sus malestares, y también los de quienes cuidan (madres y padres mayores, maridos, hijos), son hiperfrecuentadoras, lo que supone una mayor probabilidad de ser medicalizada.

- La morbilidad psiquiátrica asociada a las mujeres oscila entre el 20% y el 34% frente a los varones cuyos porcentajes se sitúan entre el 8% y el 22%.

- Las mujeres son diagnosticadas en mayor medida de trastornos de ansiedad y depresión mientras que en los varones prevalecen los trastornos de personalidad y abuso de sustancias. En suma, los problemas de ansiedad, depresión e insomnio son diagnosticados en mayor medida en las mujeres que en los hombres.

- Alrededor del 50% de los pacientes que acude a atención primaria, su demanda está relacionada con un factor psicosocial, siendo mayor en las mujeres.

- Existe la tendencia a medicalizar y patologizar trastornos en las etapas vitales de las mujeres (síndrome premestrua, depresión posparto, menopausia, etc.), es decir, a calificar una subjetividad femenina como patológica cuyo origen son características biológicas del ser mujer.

- Muchos malestares psicológicos objeto de tratamiento con psicofármacos están relacionados con el desarrollo de sus roles de género, y son causa de su malestar.

Cuadro 3. Prevalencia de consumos de tranquilizantes e hipnóticos. EDADES 2011-12

Sigue creciendo su consumo. El 2% de los encuestados reconoce el consumo, sin receta, en el último año de tranquilizantes, y otro 1,2% de hipnóticos, destacando su uso entre mujeres. Un patrón bastante habitual de consumo pasa por iniciarlo por prescripción facultativa seguido de la automedicación. Las mujeres son las mayores consumidoras de psicofármacos, tanto desde la prescripción médica como en el autoconsumo, y estos consumos están muy relacionados con los estereotipos de género que se proyectan sobre la salud femenina tanto en los prescriptores como en el resto de la sociedad (17). Un patrón bastante habitual de consumo pasa por iniciarlo por prescripción facultativa seguido de la automedicación.

- *Heroína*: Su consumo continúa descendiendo en todas las modalidades (experimentales, ocasionales y habituales), tanto por la disminución en la incorporación de nuevos consumidores, como por el impacto de los programas asistenciales en los afectados. El 0,15% de españoles admiten su consumo habitual (en el último mes), siendo máximo en las grandes ciudades y entre personas con estudios primarios o inferiores.

- *Otras sustancias psicoactivas*: Las que presentan mayores niveles de experimentación son la cocaína (3,2%), los alucinógenos (2,6%) y las anfetaminas (2,5%). Con-

tinúa creciendo el consumo frecuente de cocaína (1,5% en el último año y 0,8% en el último mes). Destacar que estos porcentajes significan un consumo entre el 8-9% entre jóvenes de medio urbano, así como la peligrosidad añadida que representan los modelos de policonsumo en los que se incluyen estas sustancias. La ketamina está asociada a espacios de ocio, cuyo uso, aunque minoritario, está asentado en zonas del norte del Estado donde es una sustancia relativamente accesible. El gamma-hidroxibutirato (GHB), droga de síntesis cuyo uso en espacios recreativos se ha popularizado en los últimos años. Su fabricación a partir de precursores legales es sencilla y barata. Su estrecho margen recreativo a nivel farmacológico con elevada probabilidad de intoxicación hacen que sea una sustancia relativamente poco atractiva para muchos consumidores.

Jóvenes

Con los planes de acción en el Plan Nacional sobre Drogas, desde mediados de los años noventa se realizan en España encuestas bianuales sobre el consumo de sustancias dirigidas a la población general (18). Son la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) (19) y la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) (13), que se realizan cada una de ellas en años alternativos desde 1994. Van dirigidas, por un lado, a los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14 a 18 años (3º y 4º de ESO, bachillerato y ciclos formativos de grado medio) y, por otro, a la población general no institucionalizada de 15 a 64 años. De este modo podemos conocer las tendencias del consumo de drogas psicoactivas, los patrones de consumo, los factores asociados y las opiniones y actitudes ante las drogas de ambas poblaciones encuestadas.

Para la encuesta ESTUDES (19), la población joven es de aulas de centros de titularidad pública y privada, y rellena un cuestionario autoadministrado, en horario escolar, sin interferencia del profesorado. La muestra de ESTUDES-2012/13 (la más reciente con datos accesibles) fue de 27.503 estudiantes pertenecientes a 747 centros educativos públicos y privados y 1.523 aulas.

La encuesta EDADES sobre Alcohol y Drogas en España en población general que realiza el Plan Nacional sobre Drogas cada 2 años desde 1995, tiene una muestra residente en hogares (15-64 años). Ha oscilado entre cerca de 9.000 personas en 1995 hasta alrededor de 27.000 en 2009. En esta EDADES 2011/2012 fueron 22.128 cuestionarios válidos.

Se selecciona por muestreo probabilístico polietápico y la entrevista domiciliaria incluye un cuestionario de consumo autorrellenable confidencial. En ambas

encuestas, con la misma metodología a lo largo de los años, se pregunta por el consumo alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días de diversas sustancias: alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, tranquilizantes (con y sin receta), alucinógenos, heroína, anfetaminas, etc.

En este escrito analizamos la serie temporal de ESTUDES (1994-2013) a partir de los resultados que se pueden obtener directamente desde la página web del Plan Nacional sobre Drogas y un apunte sobre la evolución estimada de la incidencia acumulada de consumo de cannabis y de cocaína, específicas por edad, según cohortes de nacimiento, a partir de la serie de EDADES (1995-2012).

-Desde 1994 el consumo de alcohol, alguna vez en la vida se ha mantenido bastante estable tanto en chicos como en chicas, habiendo disminuido discretamente el consumo en los últimos 12 meses y los últimos 30 días. La prevalencia de borracheras en el último mes es más alta en los chicos (50,6%, en 2008) que en las chicas (47,9%, en 2008).

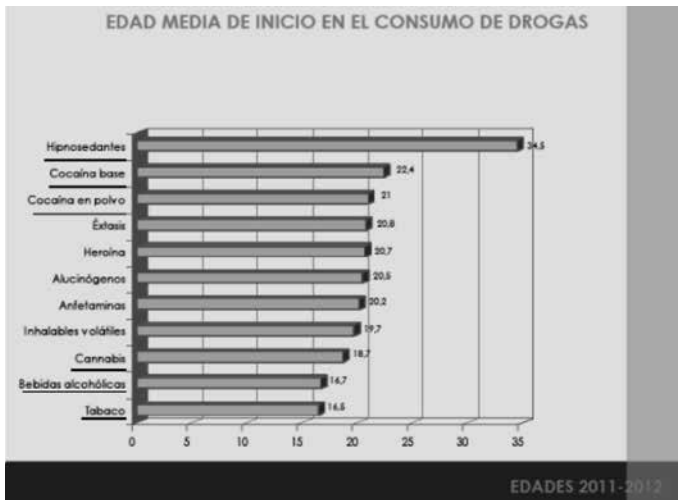
-La evolución de las diferentes prevalencias temporales en cannabis fue de un patrón creciente hasta el año 2004 donde existe un pico, observándose una disminución en 2006 que se mantuvo estable en 2008. En este consumo, los chicos van por delante de las chicas.

-La misma tendencia temporal observada en el consumo de cannabis se apreciaba en el consumo de cocaína, aunque con unas prevalencias menores, también más elevadas en chicos que en chicas.

-La evolución de las prevalencias de alucinógenos y éxtasis fue más irregular, con una tendencia a la baja desde los años noventa.

-Sin embargo, en el consumo de hipnosedantes sin receta médica, y principalmente en la prevalencia alguna vez en la vida, se observa una tendencia creciente desde el 2004, especialmente destacable en el 2008.

Mientras que no existen diferencias relevantes en los cambios de la edad de inicio de consumo de las diferentes sustancias (Cuadro 4) a lo largo de los años 1994-2010, creemos importante destacar que cuando el análisis de las prevalencias de los estudiantes de secundaria lo hacemos por grupo etáreo, se observa una clara tendencia creciente desde los 14 a los 18 años, tanto en las prevalencias vida como en los últimos 12 meses o los últimos 30 días. Así, en el año 2008, el 84% de estudiantes de 18 años habían consumido alcohol en el último año, frente a un 53% entre los que tenían 14 años; y un 55% de los de 18 años habían consumido cannabis alguna vez en la vida frente un 16% de los de 14 años. A los 18 años, un 12,5% habían probado la cocaína o los tranquilizantes.

Cuadro 4. Edad de inicio en el consumo de drogas. EDADES 2011-2012

-Otro hecho a destacar es la elevada proporción de consumidores que habían consumido varias sustancias en los últimos 12 meses. El policonsumo era más importante entre aquellos jóvenes que habían consumido cocaína y otras drogas ilegales diferentes del cannabis.

A partir de un análisis de las diferentes encuestas EDADES, seleccionando los sujetos que reportaron haber consumido cannabis o cocaína alguna vez en la vida, y teniendo en cuenta la edad del primer consumo de cada sustancia, se puede calcular la incidencia acumulada por edad. Este cálculo puede incluir una diferenciación por cohorte de nacimiento. Así, se puede observar que las cohortes de nacimiento más jóvenes se han iniciado en el consumo de cannabis y cocaína en edades más tempranas. Los resultados detallados de estos análisis son todavía fruto de investigación y serán publicados próximamente.

Resumiendo, con vistas a estrategias de prevención, es importante destacar que, aunque el consumo de alcohol tiene una tendencia discretamente decreciente entre los estudiantes de secundaria, entre aquéllos que consumían los últimos 30 días la prevalencia de borracheras tiene una tendencia creciente. Por otra parte, el consumo de tranquilizantes sin receta parece otro aspecto del consumo que debe valorarse específicamente.

-En población general (la comprendida entre 15 y 64 años) las drogas legales son las que presentan mayores prevalencias de consumo.

-El alcohol es el psicoactivo de consumo más extendido en España. Las bebidas de consumo más extendido fueron la cerveza, el vino y los combinados por este orden, tanto en fines de semana como en días laborables.

-El tabaco es la segunda droga en cuanto a prevalencia de consumo.

-Con respecto a las drogas ilegales, los derivados del cannabis (hachís, marihuana) son las drogas ilegales de consumo más prevalentes.

-El resto de las drogas ilegales (cocaína, anfetaminas, éxtasis y derivados, alucinógenos) tienen prevalencias de consumo significativamente inferiores.

-Otras drogas como la heroína, otros opiáceos o inhalantes volátiles presentan prevalencias de consumo muy bajas en población general.

Hay que considerar que las encuestas a población general tienen sus limitaciones para estimar la prevalencia de consumo de estas sustancias pues el acceso a sectores consumidores socialmente marginados puede ser complicado y la precisión de las estimaciones es más baja cuando disminuye mucho la prevalencia de consumo.

Ya en este siglo XXI surgen nuevos retos ante los nuevos y viejos usos de drogas, con usos indebidos o no, usos medicinales, usos recreativos. De popularidad y accesibilidad creciente, como fenómeno global, lo que obliga a retomar en las agendas políticas las necesarias políticas de salud propias de este campo, tomando iniciativas orientadas a las personas, los colectivos y las instituciones.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1- Meneses C. Mujer y heroína. Un estudio antropológico de la heroínomanía femenina. Tesis doctoral. Departamento de Antropología y Trabajo Social. Universidad de Granada, 2001.
- 2- Romo N. La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas. *Revista Española de Drogodependencias*, 2010, 3:269-272.
- 3- Inciardi JA, Lockwood D, y Pottier AE. *Women and Crack-Cocaine*. New York, Macmillan Publishing Company, 1993.
- 4- Griffiths P, McKetin R. Establecimiento de una perspectiva mundial de las pautas y tendencias del consumo de drogas: un desafío para la epidemiología de las drogas. En Chawla, S (Editor). *La práctica de la epidemiología del uso indebido de drogas*. Boletín de Estupefacientes de naciones Unidas. Vol. IV, nº 1 y 2, 2003. Nueva York, 2004. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Centro Internacional de Viena.

- 5- OMS. CIE-10, Décima Revisión de las Clasificaciones Internacionales de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Meditor, 1992.
- 6- American Psychiatric Association, APA. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed., DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
- 7- UNODC. Informe Mundial sobre las drogas, 2014. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2014.
- 8- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe Europeo sobre Drogas 2013: Tendencias y novedades. Luxemburgo.
- 9- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe Europeo sobre Drogas 2014: Tendencias y novedades. Luxemburgo, 2014.
- 10- EMCDDA y ESPAD. Summary of the 2011 ESPAD report, 2012.
- 11- Zatonski W y Manczuk. M. Injuries in Europe: Role of Alcohol. Kettil Bruun Society 2006. 2007.
- 12- Anderson P, Lars M, Gauden G. Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. Edit. WHO. Copenhagen, 2012.
- 13- DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EADADES) 2011/12. Dirección General del Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Madrid 2013a. Disponible en: www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EADADES2011.pdf
- 14- Romo N. Técnico y Baile. Mitos y realidades de las diferencias de género. Revista de Estudios de Juventud, 2004, 64: 111-116.
- 15- Keane H. Intoxication, harm and pleasure: an analysis of the Australian National Alcohol Strategy. Critical Public Health, 2009, 19(2):135-142.
- 16- Romo N, Vega A, Meneses C, Gil E, Markez I y Póo M. Sobre el malestar y la prescripción: un estudio sobre los usos de psicofármacos por las mujeres. Revista Española de Drogodependencias, 2003, Vol. 28, nº 4, 372-379.
- 17- Markez I, Póo M, Romo N, Meneses C, Gil E, Vega A. Mujeres y psicofármacos: la investigación en atención primaria. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2004, XXIV, nº 91, pp. 39-61.
- 18- Domingo-Salvany, A. Epidemiología del consumo de alcohol y drogas en jóvenes españoles. Trastornos Adictivos. 2011; 13 (Supl. 1): 3-5.
- 19- DGPNSD. Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2012/13. Dirección General del Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio Español sobre Drogas (OED). Madrid. 2013b. URL disponible en: www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/escolar2013.pdf

1.4.- Vulnerabilidad: factores de riesgo y de protección, ¿caras de una misma moneda?

Iñaki Markez y Aiora Arrieta

Consumos y personas consumidoras de distintas drogas forman un binomio que acompaña a un bagaje de conductas aprendidas que resultan difíciles de eliminar. Según donde resida una persona, tendrá más o menos accesibilidad y oportunidad de consumir unas u otras sustancias. Conocemos áreas del planeta donde unas sustancias son perseguidas y otras promocionadas mientras en otros lugares el fenómeno es contrario. Así ocurre con el alcohol en nuestro medio, el opio en Afganistán, la hoja de coca en países sudamericanos, en cannabis en varias regiones marroquíes, etc.

También se debe tener en cuenta que los consumos de drogas son diferentes en cada persona, ya que dependen de la situación tal y como se ha hecho referencia, la sustancia que se consume y la persona en sí misma. Es por ello que en este capítulo artículo se va a hacer una descripción de los factores de protección y riesgo que hacen que una persona adquiera comportamientos de riesgo, pero antes se analizarán algunas características contextuales que explican los consumos de drogas.

Contexto político-económico

Con la crisis económica de finales de los años 70 se colapsa aquel capitalismo de producción y se cuestionó la viabilidad de las políticas del estado de bienestar. Progresivamente se fue implantando en el estado español, como en la Unión Europea, un modelo económico ultraliberal respaldado por gobiernos neoliberales cuyas políticas económicas defiende el libre mercado capitalista como mejor garante del equilibrio constitucional y el crecimiento económico del país (1). Con la ética de los países desarrollados, los ricos, con sus concepciones (libertad, autonomía, información, riesgos compartidos y más exigencias asumidas) frente a la ética de los excluidos (supervivencia económica y la defensa de los derechos fundamentales de las personas) viéndose acompañado cada referente con sus patologías en el campo de las adicciones. Al igual que en el conjunto de la atención a la Salud mental, el

Estado se retira casi completamente del mercado que queda en manos de la iniciativa privada, mientras se reducen al máximo las prestaciones de beneficencia y de bienestar a cargo de servicios sociales que también se privatizan. La salud y, por ello, la atención a las adicciones e convierten en un mercado más que debe abrirse a los capitales privados.

Contexto socio-cultural

La postmodernidad está relacionada con una conmoción de la sociedad, de sus costumbres, un paisaje industrial trastocado, con su producción flexible, el desmoronamiento de las jerarquías del conocimiento, la alteración de la estructura ocupacional, en el que las nuevas tecnologías de la información y la comunicación no sólo permiten nuevos métodos de producción sino también formas diferentes de relacionarse socialmente (2). Ello conlleva un aislamiento y fragmentación social, los valores y creencias se han perdido sumiendo al individuo en un estado de nihilismo, existe una profundización de las desigualdades sociales y económicas, gran potencial para el control social, la centralización y dispersión del poder, la pérdida de la intimidad, la falta de relaciones humanas sostenidas y de propósitos duraderos, la ruptura de los lazos tradicionales de la familia y la comunidad sustituidos por la incertidumbre, la pérdida de dirección y la sensación de soledad del individuo. La modernidad nos ha legado un mundo escindido en segmentos sociales, cada uno de los cuales está gobernado por sus propias reglas; el mundo individualizado, privado, incierto con mayores riesgos y mayor necesidad de vigilancia.

Si la postmodernidad significa algo, es la sociedad de consumidores. La sociedad de consumo justifica su existencia con la promesa de satisfacer los deseos humanos pero esa promesa de satisfacción solo puede resultar seductora en la medida en que el deseo permanece insatisfecho con la creencia de que puede ser mejorable. Se produce así una frustración reiterada de los deseos y la incitación del deseo de deseos siempre nuevos, lo que conduce a su vez a la progresión de una búsqueda constante. El consumo se convierte en una fuente de placer al que dedicamos tiempo y esfuerzos. Las posibilidades son infinitas. Se trata de una novedad continua, una exaltación de la rapidez, el exceso y el derroche.

Contexto asistencial

La principal directriz sobre la que descansa la Ley General de Sanidad de 1986 es la creación de un Sistema Nacional de Salud (SNS) cuyas bases del funciona-

miento son la universalización del derecho a la asistencia sanitaria y la igualdad efectiva en el acceso a las prestaciones sanitarias. Consecuentemente se presta una atención integrada a la salud, comprensiva tanto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y de la rehabilitación. En este marco normativo se ha producido también la reforma psiquiátrica en España cuyas directrices fueron la integración de todos los recursos sanitarios públicos, la zonificación y la integración en el aparato sanitario general y la implantación de un modelo comunitario de atención basado en el desarrollo de los servicios de salud mental, en coordinación con los equipos de atención primaria como puerta de entrada del sistema, la desaparición o reconversión de los hospitales psiquiátricos y la creación de las unidades de hospitalización psiquiátrica en los hospitales generales (3,4). Se crea así un modelo comunitario de salud mental que desestigmatiza el trastorno mental y produce un acercamiento de la salud mental a la población general.

Grupos de riesgo Vs patologías emergentes

Nos encontraremos con diferentes grupos de riesgo, según entablemos relación con cuestiones culturales, sociales, asistenciales, económicas, etc. El acceso a la educación, sanidad, trabajo, vivienda o alimentación son derechos pero no son igualmente repartidos en esta sociedad de la inequidad. Las personas desfavorecidas presentarán actitudes muy diferentes hacia el acceso a los servicios de salud mental. Un acceso a una atención adecuada es importante cuando la desigualdad está presente. La epidemiología muestra que además de aumentar los trastornos de ansiedad, depresión y abuso y dependencias de alcohol, han aparecido en escena otros síntomas producto de los cambios sociales. Trastornos de la conducta alimentaria, trastornos por estrés post-traumático, hiperfrecuentación por problemáticas psicosociales, adicciones sin sustancias y con ellas, y problemas varios de salud mental asociados a la exclusión (2).

Factores de riesgo y factores de protección

Tal y como se ha mencionado anteriormente, el consumo de sustancias es diferente en cada persona, y esto es debido a los factores tanto de protección como de riesgo de dicha persona.

Según Clayton (5) y citado en Becoña (6), los factores de protección son atributos o características individuales y/o ambientales que reducen la probabilidad

del uso de sustancias o de adquirir riesgos por sus consumos. Por factor de riesgo se entiende un atributo o característica individual y/o ambiental que incrementa la probabilidad del uso de drogas o los riesgos relacionados con los consumos de las mismas.

Conocer dichos factores de una persona nos puede ayudar a desarrollar una intervención más ajustada a sus necesidades potenciando sus factores de protección. No obstante, la mayoría de las personas que son susceptibles de consumir drogas no adquieren comportamientos de riesgo o adictivos. Por comportamiento de riesgo, Arbex et al (7) entiende aquel consumo que perjudica e interfiere negativamente en el desarrollo personal y social del/la menor, en todas o en algunas de sus áreas, incrementando la vulnerabilidad en su proceso de socialización.

En relación a la adicción, estos factores, bajo determinadas condiciones ambientales desfavorecidas, pueden facilitar para un determinado grupo de personas el inicio, la continuidad o el agravamiento de la drogodependencia. Hay estudios que indican que determinados factores se podrían asociar más al inicio en el consumo, mientras que otros provocan el aumento del consumo una vez iniciado este (8). El estudio del riesgo para el consumo de drogas nos lleva a reconocer que las causas del inicio o el abuso una vez que se ha experimentado con ellas, depende de una variedad de factores que a su vez van cambiando como consecuencia de las características específicas de cada población (9).

Se conoce que dichos factores influyen a la hora de asumir conductas de riesgo ante los consumos, pero no se conoce a ciencia cierta de qué modo influyen. El número de factores de riesgo presentes en una persona sí está directamente relacionado con la probabilidad del abuso.

Existen diversos modelos explicativos sobre factores de riesgo y de protección, pero como referencia se suele hacer mención al desarrollado por Hawkins, Catalano y Miller (10). Dicha teoría dividiría los factores de riesgo de la siguiente manera:

- Genéticos: haría referencia a aquellos/as hijos/as de personas consumidoras de sustancias psicoactivas donde algunos genes que podrían tener capacidad predisponente hacia comportamientos adictivos. Y fenómenos epigenéticos como el cuidado maternal o la ansiedad y estrés en la gestación.
- Constitucionales: se refiere al uso temprano de sustancias (antes de los 15 años), a padecer dolor o enfermedad crónica y a factores fisiológicos. El estrés sobre el funcionamiento cerebral puede afectar a estructuras como la corteza prefrontal o al hipocampo e inducir a conductas adictivas.
- Psicológicos: haría mención a patología de salud mental y a abuso físico, sexual

o emocional. O alteraciones en la evolución del desarrollo neuropsicológico pudiera llevar a estilos de personalidad de mayor vulnerabilidad a la presión del entorno.

- Socioculturales: dentro de dichos factores podemos encontrar los familiares (uso de drogas por parte del padre y/o la madre o actitudes positivas hacia los consumos, divorcio o separación de los progenitores, problemas de manejo de la familia, y bajas expectativas para niños/as o para el éxito), los relacionados con el grupo de iguales (amistades con consumos de drogas, actitudes favorables hacia los consumos y, conducta antisocial o delincuente temprana), el entrono escolar y/o laboral (carencia de cumplimiento normativo, poca dedicación, fracaso o abandono y, dificultades en el paso de curso), y la comunidad (leyes y normas de la comunidad favorables hacia el uso de drogas, carencia de una adecuada vinculación social, depravación económica y social y, disponibilidad de sustancias tanto legales como ilegales).

Petterson et al (11), hicieron una revisión de los factores dividiéndolos en factores de riesgo de la comunidad, familiares, escolares e individuales/iguales (adaptado de (6):

- Factores de riesgo de la comunidad:
 - Deprivación económica y social: los niños/as que viven en ambientes deteriorados y en barrios relacionados con el crimen con pocas esperanzas es más probable que se impliquen en conductas delictivas y que adquieran comportamientos de riesgo con las drogas.
 - Bajo apego en la crianza y desorganización comunitaria: muchos problemas de drogas ocurren en comunidades o barrios cuando la gente tiene poco apego a la comunidad, donde las tasas de vandalismo y crimen son altas, y cuando hay baja vigilancia de los lugares públicos.
 - Transiciones y movilidad: cuando el niño/a hace la transición de educación primaria a secundaria, o de la educación secundaria al bachiller, puede ocurrir un aumento significativo en el uso de drogas y de otros comportamientos de riesgo. También las comunidades que se caracterizan por altas tasas de movilidad parecen estar relacionadas con un riesgo mayor tanto de conductas criminales como de problemas relacionados con drogas en sus familias.
 - Disponibilidad de drogas: cuanto más disponibles están tanto las sustancias legales como ilegales en una comunidad, mayor es el riesgo de que la

gente joven abuse de las mismas. La disponibilidad percibida de las drogas está también asociada a un incremento del riesgo.

- Factores de riesgo familiar:
 - Una historia familiar de alcoholismo: si el niño o la niña ha nacido o se ha criado en una familia con una historia de alcoholismo, el riesgo de tener problemas con el alcohol o con otras drogas se incrementa.
 - Problemas de manejo de la familia: estrategias de manejo de las familias inadecuadas, incluyendo carencia de claras expectativas por la conducta, fracaso de las familias en controlar a sus hijos/as, y castigo excesivamente severo o inconsistente incrementa el riesgo de abuso de drogas.
 - Uso de drogas familiar y actitudes positivas hacia su uso: en las familias en las que los progenitores utilizan abusivamente sustancias legales como ilegales, son tolerantes al consumo de sus hijos/as o les implican en su propia conducta de consumo, es más probable que los niños/as abusen de las drogas y del alcohol en la adolescencia.
- Factores de riesgo escolar:
 - Temprana conducta antisocial: los niños/as que muestran conductas agresivas en educación infantil o primaria tienen un mayor riesgo de abuso de sustancias. Cuando una conducta agresiva temprana va unida a aislamiento, abandono o hiperactividad, se incrementa el riesgo de problemas en la adolescencia.
 - Fracaso académico: si éste comienza en los últimos cursos de la educación primaria, la experiencia de fracaso en la escuela incrementa la probabilidad de asumir conductas de riesgo.
 - Bajo compromiso con la escuela: el bajo compromiso con el centro escolar puede llevar al niño/a a ver que su rol como estudiante no es posible.
- Factores de riesgos individuales/iguales:
 - Alienación y rebeldía: el niño/a que siente que no es parte de la sociedad o que no acepta las reglas, que no cree en los intentos de conseguir el éxito o ser responsable, que toma una postura de rebeldía hacia la sociedad, está en mayor riesgo.
 - Conducta antisocial en la adolescencia temprana: mala conducta en la escuela, dejar de ir a la escuela, implicarse en peleas y exhibir conducta delincuente.

- Amistades que consumen drogas: los niños/as que se asocian con iguales que utilizan drogas es mucho más probable que ellos/as mismos/as también las consuman.
- Actitudes favorables hacia el consumo de drogas: en la transición a la enseñanza secundaria, si se ve a otras personas de la misma edad probando drogas, sus actitudes a menudo cambian hacia una mayor aceptación del consumo. Esta aceptación coloca en mayor situación de riesgo.
- Primeros consumos tempranos de drogas: cuanto más tempranamente se pruebe el alcohol y otras drogas, mayor es la probabilidad de que se tengan problemas con otras drogas más tarde. Quienes se inician en el uso de drogas en edad temprana tiene mayor riesgo de tener problemas con las drogas que aquellas personas que esperan hasta el entorno de los 20 años.

Posteriormente, se han ido desarrollando otros modelos explicativos que completarían el anterior como pudiera ser el generado por Muñoz-Rivas et al (12). Dicha autora agrupa los factores en ambientales/contextuales, individuales (genéticos, biológico-evolutivos y psicológicos) y de socialización. A continuación se mencionan los factores recopilados (7):

- Ambientales/Contextuales: leyes y normas favorables hacia la conducta; disponibilidad de la droga; estatus socioeconómico, privación económica extrema; lugar de residencia; desorganización del barrio.
- Individuales: factores genéticos; factores biológico-evolutivos (sexo, edad,); factores psicológicos (depresión, características de personalidad); actitudes favorables hacia las drogas; ausencia de valores ético-morales.
- De socialización:
 - Familiares: estructura y composición familiar; estatus socioeconómico familiar; disciplina familiar; relaciones afectivas y comunicación; actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas
 - Grupo de iguales: asociación con compañeros consumidores; identificación con grupos desviados; rechazo por parte de los iguales; variables moduladoras de apego e intimidad.
 - Escuela: abandono escolar; fracaso académico; tipo y tamaño de la escuela.

Los factores de riesgo y de protección pueden afectar a niños y adolescentes, a población adulta y anciana, a hombres y mujeres, durante diferentes etapas de sus vidas. En cada etapa, hay riesgos que se pueden cambiar a través de intervenciones

preventivas. Así en el caso de la infancia, podemos cambiar o prevenir los riesgos ante conductas autoagresivas y de consumo de sustancias, con intervenciones familiares, escolares y comunitarias para que los niños/as desarrollen conductas positivas apropiadas. Si no es así, los comportamientos negativos pueden llevar a riesgos, tales como el fracaso académico y dificultades sociales, que aumentan su riesgo para el abuso de drogas en un futuro no lejano.

Los programas de prevención se enfocan en una intervención temprana en el desarrollo para fortalecer los factores de protección antes de que se desarrollen los problemas de conducta en la infancia y la adolescencia. A continuación se describe cómo los factores de riesgo y de protección (Ver cuadro 1) afectan a las personas en cinco dominios, o ambientes, donde se pueden realizar las intervenciones.

Cuadro 1. Afectación de los factores de riesgo y de protección

Factores de Riesgo	Dominio	Factores de Protección
Conducta agresiva precoz	Individual	Auto-control
No supervisión de los padres	Familia	Monitoreo de los padres
Abuso de sustancias	Compañeros	Aptitud académica
Disponibilidad de drogas	Escuela	Políticas anti-drogas
Pobreza	Comunidad	Fuerte apego al barrio

Es relevante la enumeración de factores que se consideran de riesgo para el consumo de drogas, debiendo ser conscientes que al parecer algunos factores de riesgo lo son para drogas legales pero no para las ilegales (13). Debe tenerse en cuenta que los riesgos más potentes están en función del número de factores de riesgo, aumentando así la vulnerabilidad cuando lo hace el número de factores de riesgo. Desde este punto de vista disminuye la importancia concedida a la naturaleza del factor de riesgo, mientras que el número total de esos factores presentes añade relevancia explicativa a la vulnerabilidad (14).

Los factores de riesgo pueden influir el abuso de drogas de diversos modos. A mayores riesgos de exposición, mayor es la probabilidad del abuso de las drogas. Algunos de los factores de riesgo pueden ser más poderosos que otros en ciertas etapas del desarrollo evolutivo. Se ha demostrado que los factores de riesgo y de protección son paralelos al proceso de socialización (7). Desde el nacimiento se van adquiriendo aprendizajes, creencias, actitudes, normas, valores, etc. en el seno familiar, lo cual va a ser de vital importancia en el desarrollo de cada persona. Según Kandel (15), aún en la adolescencia, la influencia de la familia tiene más importan-

cia que la relación con el grupo de iguales. De todas maneras, en el periodo adolescente, la escuela y las amistades van ganando importancia en dicho proceso de socialización y la presión del grupo de iguales va a ser vital en la decisión de probar o no las drogas.

Los períodos claves de riesgo para el abuso de drogas se dan durante las transiciones mayores en la vida de los niños.

-La primera transición importante para un niño es cuando deja la seguridad de la familia y va a la escuela por primera vez.

-También cuando pasa de la primaria a la enseñanza media, a menudo experimenta nuevas situaciones académicas y sociales, como aprender a llevarse con un grupo más grande de compañeros. Es en esta etapa la adolescencia temprana que hay más probabilidad de que los niños se enfrenten por primera vez a las drogas.

-Cuando entran a la secundaria, los/as adolescentes confrontan más desafíos sociales, emocionales y académicos. Al mismo tiempo, pueden estar expuestos a más drogas, a abusadores de drogas, y a actividades sociales que involucran drogas. Estos desafíos pueden aumentar el riesgo de que abusen del alcohol, del tabaco, y de otras sustancias.

-Cuando los/as adultos/as jóvenes dejan sus hogares para ir a la universidad o para trabajar y se encuentran solos/as por primera vez, su riesgo para el abuso de drogas y del alcohol es muy alto. Por lo tanto, también son necesarias las intervenciones en la juventud.

Así mismo, algunos factores de protección, como un fuerte vínculo entre padres e hijos, pueden tener mayor impacto para reducir los riesgos durante los primeros años de la niñez. Un objetivo de la prevención es cambiar el balance entre los factores de manera que los factores de protección superen a los de riesgo.

Según Arbex et al (7), una persona menor de edad se encuentra en situación de riesgo cuando tiene múltiples e importantes características de riesgo y escasas condiciones de protección. Es por ello, que la autora distingue entre dos tipos de adolescentes. En primer lugar encontraríamos a quienes aún no se han iniciado en los comportamientos de riesgo, situación en la que se encontrarían personas de menor edad y/o quienes menor exposición han tenido a situaciones de riesgo. Estas personas tienen una gran probabilidad de incurrir en conductas de riesgo debido a sus características y el ambiente que les rodea. Los programas de prevención son adecuados para personas que se encuentren en dicha situación. El segundo grupo estaría formado por los/as adolescentes que ya han comenzado a compro-

meter su desarrollo al iniciar conductas que lo ponen en riesgo. En este grupo suelen encontrarse las personas de mayor edad y/o quienes han estado expuestos a factores de riesgo.

Los Factores de Protección

Tal y como se ha mencionado anteriormente, los factores de protección se han definido como aquellas variables que contribuyen a modular, prevenir o limitar (reducir) el uso de drogas (16); esto es, moderan o mediatizan los efectos de la exposición a riesgos.

Junto a la importancia otorgada a los factores de riesgo en el inicio del consumo de drogas se han ido potenciando cada vez más distintos programas de prevención de las drogodependencias en los que se destaca la necesaria presencia de las variables de protección en el diseño de los mismos. Este hecho resalta la importancia de desarrollar programas de prevención que no sólo se dirijan a la reducción o eliminación de los factores de riesgo, sino también a la potenciación de los factores de protección.

La Teoría del Desarrollo Social (10) propuesta y reflejada por otros (17) propone tres factores de protección relacionados con los comportamientos de riesgo:

- Lazos sociales: adhesión y compromiso con la familia, la escuela y los/as compañeros/as.
- Coacciones externas: normas claras y consistentes contra el consumo de drogas mantenidas por personas cercanas.
- Habilidades sociales: poseer estrategias de solución de problemas para afrontar asertivamente las situaciones y resistir las presiones a la transgresión de normas.

Un buen nivel de autoestima, un adecuado control emocional, la cohesión y comunicación familiar y el apego a un grupo de referencia positivo también son factores de protección. Al igual que la creencia en el orden moral y el grado de satisfacción personal con respecto a la vida (17).

Arbex et al. (7) desarrollaron un listado de factores de protección muy amplio centrándose en los valores de las personas:

- Valores personales: clarificación en su escala de valores; altruismo; prudencia; competitividad adecuada; normatividad; proyección y planificación de futuro; responsabilidad hacia las demás personas y sus actos; responsabilidad.
- Actitudes vitales personales: valoración del esfuerzo para conseguir metas; previsión de futuro; establecimiento y cumplimiento de límites; ausencia de

comportamientos asociales; solidaridad con las demás personas y compromiso social; afrontamiento de la realidad cotidiana y sus problemas; actitudes pro-sociales e interiorización de normas.

- Recursos personales: concepto positivo de sí mismo/a; adecuada autoestima; autonomía acorde a su edad; capacidad de tomar decisiones; responsabilidad; interiorización de límites y normas; manejo en la resolución de problemas; autocontrol emocional y conductual; habilidades sociales; disponibilidad de figuras adultas disponibles de apoyo.
- Ocio y tiempo libre de la persona: organizado; aficiones diversas; acceso a actividades y recursos positivos para el ocio y otras actividades informales; actitud crítica ante el modelo consumista de ocupación del ocio; ausencia de asociación de diversión y consumo de drogas; inquietud cultural, deportiva, asociativa; comparte y disfrute del ocio familiar.
- Relaciones con la familia: límites y normas claras; reconocimiento y aceptación del hijo/a; experiencias de refuerzos positivos ante el esfuerzo y valoración del rendimiento y motivación de la eficacia; ambiente familiar afectivo y comunicación positiva; cohesión del grupo familiar; actitudes y comportamientos contrarios al consumo de drogas; modelos de referencia de conducta positiva en los padres/madres; roles ajustados y figuras de autoridad de referencia; supervisión y procedimientos de control adecuados sobre sus conductas; seguimiento y apoyo en sus actividades escolares; participación y disfrute del ocio familiar.
- Relaciones con la escuela: integración en la dinámica escolar; motivación escolar; hábitos de estudio; adecuado rendimiento y autoconcepto positivo; modelos positivos de referencia del profesorado; integración en el grupo/clase; interés hacia lo escolar entre sus iguales; interiorización de normas escolares; experiencias de refuerzos positivos ante el esfuerzo y valoración del rendimiento y motivación de la eficacia.
- Relaciones con el grupo de iguales: capacidad crítica y desarrollo del criterio propio; toma de decisiones personales; inclusión en grupos con ausencia de conductas desadaptativas; modelos de amigos no consumidores o moderados de drogas; participación en grupos de carácter positivo; red amplia de amigos; competencia social para las relaciones personales; desarrollo adecuado de habilidades sociales.
- Entorno del barrio/comunidad: organización social adecuada; cohesión social en el barrio; relaciones positivas de vecindad; apoyo social y protección al menor; recursos comunitarios suficientes para el/la menor, conocimiento y

accesibilidad de los mismos; dificultades de acceso a las sustancias; integración e inclusión social.

Para finalizar, Moncada (18) concluye sobre los factores de riesgo y de protección que:

Se puede afirmar que existen factores asociados al consumo de drogas, así como otros que aparecen asociados a la abstinencia.

1. Los factores han sido clasificados en la literatura en factores de la persona y sus relaciones con el entorno y factores ambientales o del contexto.
2. A mayor concentración de factores mayor será el riesgo o la protección.
3. Existen diferentes factores de riesgo para las distintas drogas: por ejemplo, un alto nivel de depresión se asocia con el uso de drogas como la heroína o el alcohol, pero no con el consumo de otras como el cannabis.
4. Los factores de riesgo del consumo de drogas y otros niveles de consumo tampoco son los mismos, aunque en general lo que muestran los estudios es una agudización de los factores de riesgo a medida que el sujeto pasa a fases más intensas o más problemáticas de consumo.
5. Algunos factores de riesgo tienen una influencia constante a lo largo del desarrollo, mientras que otros agudizan su impacto en determinadas edades (como la presión de grupo que tan relevante es en los consumos iniciáticos).
6. No todos los factores tienen la misma validez externa.
7. Los diferentes factores muestran mayor o menor correlación con el uso de drogas dependiendo muchas veces de los instrumentos de medida y los indicadores que se utilizan.
8. Algunos factores son más remotos; son causas relativamente indirectas de la conducta, aunque no por ello son menos importantes, sino que su efecto está mediado por otros que son más próximos. Estos son altamente predictivos, pero no explican las raíces del problema a largo plazo.
9. Se han encontrado factores de riesgo y de protección comunes a una gran cantidad de conductas problemáticas o desadaptadas, tales como embarazos no deseados, fracaso escolar, violencia, delincuencia juvenil. Algunas de estas conductas podría predecir el consumo problemático de drogas.

Sabemos, mediante estudios longitudinales controlados (19), que las intervenciones preventivas efectivas pueden reducir la tasa de futuros problemas comparado con la no intervención o comparado con el tratamiento habitual.

Por todo lo mencionado anteriormente sabemos que conocer los factores de riesgo y de protección es vital para la prevención de las drogodependencias (20), y que para desarrollar programas de intervención ajustados a las necesidades de las personas debemos hacer hincapié en conocer cuáles son sus factores de protección al objeto de trabajar en reforzar dichas características positivas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Guinsberg E. La salud mental en el neoliberalismo. Plaza y Valdés. México. 2005.
- 2- García Moratalla B, Markez I. Factores adversos y grupos de riesgo. En M. Desviat y A. Moreno (Edit.). Acciones de Salud Mental en la Comunidad. Edita Asociación Española de Neuropsiquiatría, Serie Estudios/47. Madrid, 2012.
- 3- Ortiz Lobo A. Consultas sin patología en un centro de salud mental. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. Departamento de Psiquiatría. 2004.
- 4- Ortiz Lobo A., García Moratalla B., Lozano Serrano C. Las consultas sin patología en salud mental. En Trastornos mentales comunes: manual de orientación. Coordinado por A. Retolaza. AEN Estudios/41. 2009.
- 5- Clayton RR. Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.). Vulnerability to drug abuse (pp. 15-51). Washington, D.C.: American Psychological Association, 1992.
- 6- Becoña Iglesias E. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Delegación del Gobierno para el PnSD. Madrid, 2002.
- 7- Arbex Sánchez C, Mora Rodríguez C y Moreno Arnedillo G. Guía de intervención: menores y consumo de drogas. Plan Municipal contra las drogas. Ayuntamiento de Madrid. Madrid, 2002.
- 8- Pandina RJ. Risk and protective factors models in adolescent drug use: Putting them to work for prevention. (National conference on drug abuse prevention research: Presentations, papers, and recommendations ed. 2002.
- 9- Calafat A. Matriz de predictores del consumo de drogas durante la adolescencia. IDEA Prevención, 1999; 18, 66-7.
- 10- Hawkins JD, Catalano RF y Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. Psychological Bulletin, 1992; 112, 64-105.
- 11- Peterson PL, Hawkins JD y Catalano RF. Evaluating comprehensive community drug risk reduction interventions: design challenges and recommendations. Evaluation Review, 1992; 16, 579-602.
- 12- Muñoz-Rivas MJ, de Luchas G y Graña JL. Estudio exploratorio de los factores de riesgo y de protección psicosociales asociados al consumo de drogas en la población infanto-juvenil de la red de centros de protección de menores de la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, 2007.
- 13- Graña JL y Muñoz-Rivas M. Factores psicológicos de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. Psicología Conductual, 2000; 8,249-269.

- 14- Scheier LM, Newcomb MD y Skger R. Risk, protection, and vulnerability to adolescent drug use: latent-variable models of three age groups. *Journal Drug Education*, 1994; 24, 49-82.
- 15- Kandel DB. The parental and peer contexts of adolescent deviance: an algebra of interpersonal influences. *Journal of Drug Issues*, 1996; 26, 289-315.
- 16- Felix-Ortiz M y Newcomb MD. Risk and protective factors for drug use among latino and white adolescents. *Hispania Journal of Behavioral Sciences*, 1992; 14, 291-309.
- 17- Laespada T, Iraurgi I y Arostegi E. Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas: hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de CAPV. Instituto Deusto de Drogodependencias. Universidad de Deusto. Bilbao, 2004.
- 18- Moncada S. Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas (Ed.), *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación* (pp. 85-101). Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas, 1997.
- 19- Botvin, G. Principles of prevention. En R.H. Coombs y D.M. Ziedonis (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention. A comprehensive strategy to prevent the abuse of alcohol an other drugs* (pp. 19-44). Boston, MA: Allyn and Bacon, 1995.
- 20- Martínez González JM, Trujillo Mendoza HM, Robles Lozano L. Factores de riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas: implicaciones para la prevención. Junta de Andalucía, Consejería para la igualdad y el bienestar social. Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones, 2007.

1.5.- Impacto de la crisis económica en el consumo de drogas en Andalucía.

Salvador Rodríguez, Francisco Garrido

INTRODUCCIÓN

Andalucía afronta con especial crudeza las consecuencias de la reciente crisis económica, una crisis global de magnitudes desconocidas desde la 2ª Guerra Mundial. En zonas periféricas, como Andalucía, ha cobrado una especial virulencia. El crecimiento económico negativo ha supuesto un durísimo impacto en sectores de la población más vulnerable como personas con trabajo temporal, con baja cualificación, inmigrantes, minorías étnicas o con problemas de salud (1,2). De especial gravedad es la situación de los más jóvenes, donde se ha sugerido la aparición de una “generación perdida”. Esta depresión económica incrementa el gasto de las administraciones públicas a la par que reduce sus ingresos por la caída de la actividad económica, lo que sumado a las políticas de “austeridad” auspiciadas desde la Unión Europea, el Banco Central Europeo y los gobiernos españoles durante la crisis, han producido un importante recorte en las áreas de tratamiento, en el empleo o en la reintegración social. Dichas políticas, por tanto, pueden convertirse en parte del problema.

La excepcionalidad y amplitud de la crisis puede provocar también cambios excepcionales en el uso de drogas, pero hay pocos estudios sobre cómo influyen en ello las principales variables macroeconómicas como el PIB o el desempleo, de cara a planificar las necesidades de intervención. La limitada evidencia empírica indica que la venta y el consumo de drogas son mayores entre jóvenes en economías débiles.

CRISIS EXCEPCIONAL CAMBIOS EXCEPCIONALES

DEPENDEN DE
POLÍTICAS
PÚBLICAS EN
ÁREAS DE TTO,
EMPLEO Y
REINTEGRACIÓN
SOCIAL

JÓVENES,
TEMPORALES,
POCO
CUALIFICADOS
+
INMIGRANTES,
MINORÍAS
ÉTNICAS,
CON
PROBLEMAS
DE SALUD

AUSTERIDAD
Y
RECORTES :
PROBLEMA

DEUDA:
LEGADO DE
LA CRISIS

Las crisis pueden tener efectos ambiguos sobre el uso de drogas (1,3,4). Pero para entender la peculiaridad de los efectos de esta crisis hay que ampliar los efectos en las conductas psicosociales en un modelo que integra los efectos económicos directos (efecto sobre las rentas y los precios) e indirectos (costes psicosociales como los derivados del desempleo o la pobreza). Esta crisis ha inaugurado una forma de “inseguridad estructural” que no es un subproducto de las variables económicas sino un efecto intencional que persigue debilitar estructuralmente la posición del trabajo en su relación con el capital. Estamos hablando de la denominada por Naomi Klein “la doctrina del shock” o de figuras laborales como el denominado “precariado” (5,6).

A estos tres factores de incidencia de la crisis en el malestar psicosocial y por tanto en el consumo de sustancias, hay que añadir las condiciones previas del contexto en que la crisis irrumpe: un periodo anterior de un fortísimo nivel de consumo hasta ahora desconocido y que va desde el año 2000 al 2007. La frustración postconsumo introduce un atmósfera social de incertidumbre, irracionalidad, desconcierto y frustración mucho mayor que las vividas en las recesiones y crisis anteriores.

La complejidad y peso de estos factores y contextos quizás pueda explicar alguna de las aparentes ambigüedades de la conducta en el consumo de sustancias en situaciones de crisis lo que requiere una investigación más extensa. Creemos que el impacto social sobrepasa al conjunto de personas afectadas directamente en sus rentas o en el desempleo y abarca también a aquellos que conservan su puesto de trabajo y por ende a las expectativas de futuro de la inmensa mayoría de la sociedad. El miedo a lo que vendrá (que siempre será peor según la doctrina del shock) y el precariado conforman un tipo de malestar distinto al generado por la simple carencia de rentas o de trabajo.

Todo esto se traduce al final en un incremento del stress y de las patologías asociadas. Según la OMS (7), la salud mental es especialmente vulnerable en las recesiones económicas y las personas desempleadas o empobrecidas tienen mayor riesgo de problemas de salud mental, como la depresión, los trastornos por consumo de alcohol o el suicidio que sus homólogos no afectados, especialmente en hombres. Si esto es así para los anteriores modelos más convencionales de crisis económicas cuanto más lo será para el actual modelo descrito de “inseguridad estructural” (6,8,9).

Al reducirse los ingresos, se tiende a contener el gasto en comprar drogas, lo que dificulta la evaluación del impacto de la crisis en el consumo. ¿Pero es el precio

la única variable que determina los cambios que la crisis introduce en el consumo de sustancias? Creemos que en coherencia con la caracterización social de la crisis que hemos esbozado y los datos empíricos de nuestra investigación, a modo de hipótesis de trabajo, exploraremos otras variables vinculadas a esta “inseguridad estructural” que esta crisis aporta.

Tanto Arkes (3), en EEUU como Chalmers y Ritter (10) en Australia, ambos mediante estudios de panel, concluyen que el consumo de cannabis de los adolescentes aumenta de forma significativa cuando aumenta el desempleo ya que proporciona ingresos ilegales que financian el consumo a la vez que aumenta la disponibilidad y la frecuencia de uso. Arkes, en concreto, encuentra que las economías más débiles conducen a un mayor consumo de cannabis y otras drogas ilícitas entre adolescentes y sugiere que la causa puede ser la mayor disponibilidad de tiempo, por estar más inclinados a “automedicarse” debido al stress y porque más adolescentes venden drogas.

Bretteville-Jensen (4) predice que la recesión económica disminuye el precio de las drogas. El salario de los distribuidores baja, se reducen los presupuestos para reprimir los delitos y se aumenta la competencia en el negocio de la droga que tiende a reducir sus márgenes. Costa Storti et al (1) se centran en como la demanda de tratamiento reacciona a los cambios de empleo y al desempleo. Mediante análisis econométricos concluyen que cuando el desempleo aumenta el número de usuarios de drogas disminuye. También afirman estos autores que la creación de perspectivas de trabajo aumenta considerablemente la voluntad de los consumidores de drogas a buscar tratamiento. Gary Becker (11) habla de la “teoría de la adicción racional” y sostiene que los usuarios de drogas pueden responder a la disminución de ingresos adoptando formas más “eficientes” de consumo, como la vía IV.

Caulkins (12) distingue entre los cambios en la prevalencia en el consumo de drogas, (que en los usuarios en la fase de iniciación se pueden ver influidas por el aumento de la incidencia de los factores de riesgo, como el divorcio de los padres, el desempleo, la interrupción de los estudios o la reubicación) y los cambios en la cantidad total de la droga utilizada. Para este mismo autor los usuarios de drogas pueden sentir el impacto de la recesión más rápido por la bajada de los presupuestos públicos.

En cuanto al alcohol, Pacula (13) sugiere que en países industrializados el consumo excesivo de alcohol disminuye cuando el producto interior bruto (PIB) baja, en un patrón procíclico.

Según el Banco Mundial (14), en períodos de contracción económica se debilita la capacidad del sector público para proporcionar cantidad suficiente y calidad de servicios, las ONGs se enfrentan a limitaciones financieras, así como el acceso a ciertos tratamientos farmacológicos.

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (15) informa que de los 19 países que proporcionaron información sobre presupuestos relacionados con drogas, 15 estimaron que los fondos asignados se redujeron en 2008, con cantidades comprendidas entre el 2% y el 44%, siendo las áreas más afectadas la investigación, la prevención, la reinserción social y las actividades de la organización. También se han visto afectados sectores como la aplicación de la ley, la justicia y algunas áreas de prestación de tratamientos.

En su libro “Cero, cero, cero. Cómo la cocaína gobierna el mundo”, Roberto Saviano (16), dice que la droga es la mercancía; el dinero protagoniza el proceso dentro de una “conexión compleja y global”. La demanda de drogas (4) tiene ciertas características comunes a la demanda de otros productos básicos como son: el precio del bien, el precio de la materia prima, los ingresos y los gustos y preferencias individuales.

Diversos factores pueden influir en el *precio de las drogas ilegales*: Se puede afectar dependiendo de la calidad y la cantidad del producto, pero también se afecta dependiendo de la relación informal entre el vendedor y el comprador, pudiendo aumentar el precio como prima adicional por seguridad. Los mayoristas y los minoristas, en un contexto de creciente dificultad económica pueden reducir su margen de beneficios y además la crisis podría atraer a nuevos inversionistas al mercado negro por existir menos posibilidades de inversión en otros sectores productivos. Pero por el contrario, una caída en las inversiones en respuesta a la recesión, por pérdidas en otras áreas de sus carteras podría provocar un aumento de los precios a largo plazo. En el mercado minorista, en crisis económica, más personas estarían dispuestas a vender drogas, lo que podría aumentar la oferta y reducir los precios.

En conclusión, parece que hay más factores que tiran hacia una reducción del precio de las drogas durante la crisis.

Entonces ¿si cae el precio de las drogas? Una de las supuestas “leyes” de la economía neoclásica afirma que la demanda aumenta en respuesta a precios más bajos y la demanda de drogas no sería una excepción (*teoría de la elasticidad de la participación*). Pero precisamente las sustancias legales, que tienen un fuerte componente adictivo, como el tabaco y el alcohol, muestran en su comportamien-

to real una demanda bastante más inelástica que otras, lo que es bien conocido en política fiscal. De ahí la tendencia de los reguladores gubernamentales a aumentar la presión fiscal sobre estos productos.

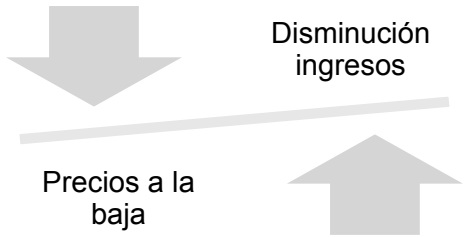
En el otro lado de la balanza se encuentra la caída de la renta. La reducción de ingresos puede afectar tanto al número de usuarios como a la intensidad de uso, pero existen pocos estudios empíricos que hayan calculado la *elasticidad del ingreso*.

RECESIÓN: Leyes de mercado



En conjunto, la bajada del precio de las drogas y la disminución de los ingresos económicos producidos por la crisis tiran en direcciones contrarias (1). Además la recesión también puede influir en el consumo, como se ha dicho, a través de otros factores, como la “inseguridad estructural”, distintos, aunque no ajenos, al precio y a la renta.

¿De hecho como explicar a través de las oscilaciones entre precios y renta que los decomisos de drogas en el estado español han pasado de 268 toneladas en 2007 a 400 en 2011? Y el número de personas detenidas por tráfico de drogas en 2012 ha sido de 21.440, un 24% más que en 2011, personas por cierto cada vez más jóvenes sin antecedentes. Si la recesión es de larga duración se producirá mayor presión sobre los recursos públicos (disminución de la prevención y gastos en tratamiento). Pero aunque la recesión se acorte, la orientación a la consolidación fiscal de las políticas de la austeridad garantiza que esta presión contra la prevención y la ayuda pública seguirán aumentando, y reforzando así el estado de desamparo e inseguridad deseado. En general, parece probable que en una crisis económica de la actual magnitud podría aumentar el uso de drogas, aunque modificando los tipos de sustancias y el peso de cada tipo de drogas en el estado general del consumo.



METODOLOGÍA

Para elegir la temporalidad de la muestra de datos nos preguntamos: ¿A partir de que año podemos considerar que existe una percepción social clara de la novedad y la intensidad de la crisis? Hemos utilizado para ello dos tipos de datos: 1) una estimación objetiva sobre el precio de la vivienda obtenida del Ministerio de Fomento (17), y 2) apreciación del estado de opinión obtenida de la “valoración de la situación económica” que realiza el Barómetro de Opinión del CIS 2008-2009 (18).

- 1. La caída en el precio de la vivienda se inicia en 2008 según las fuentes estadísticas del Ministerio de Fomento. La caída es mayor en el comercio minorista que en el mayorista (17).



Evolución del precio de la vivienda. Ministerio de Fomento 2012.

- En cuanto a la valoración de la opinión pública sobre el “estado de la economía”, datos recogidos del CIS en sus Barómetros de Opinión es también el año 2008 en el que se produce la caída más pronunciada en la valoración de la situación económica.



Por ello, los años de análisis de la situación del consumo de drogas en Andalucía han sido de enero de 2008 a diciembre de 2013, aunque también hemos recogido datos anteriores a 2008 para ilustrar mejor ciertos aspectos de la evolución del fenómeno (18).

Para supervisar el consumo hemos utilizado dos indicadores, los mismos que recomienda el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) (15), es decir, el consumo de drogas en la población general y el *Indicador admisiones a tratamiento*. Hemos añadido el indicador de urgencias hospitalarias en Andalucía por lo que puede aportar a la reflexión y hemos obviado el estudio de los daños relacionados con el consumo (las muertes y la mortalidad, el consumo problemático de drogas y las enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas), porque no existen datos fiables en nuestro medio de estos indicadores.

1º Consumo de drogas en la población general (*La población andaluza ante las drogas*)

Los estudios, que son bianuales, describen las tendencias evolutivas sobre el consumo de sustancias psicoactivas. Las ediciones de 2007 (19) -año precrisis-

2009 (20) y 2011 (21) de “La población andaluza ante las drogas”, reflejan que:

- el alcohol se mantiene estable desde 1998 aunque aumentan los indicadores de consumo problemático y los “bebedores de riesgo” que pasan del 5.1% en 2007 al 6.1% en 2011.
- La heroína desciende desde 2005, excepto para el indicador de “consumo en el último año” de 2011, hasta desaparecer en los indicadores de consumo en el último mes, que es un indicador de consumo actual, en 2009 y 2011. La ausencia de consumo actual o reciente de heroína entre la población estudiada se debe en buena medida a las limitaciones de la encuesta poblacional como técnica para detectar prevalencias de sustancias minoritarias y marginales (19), debido a la difícil accesibilidad a las personas consumidoras, aunque los datos relativos a “Admisiones a Tratamiento” corroboran la bajísima incidencia sobre generaciones más jóvenes.
- La cocaína también mantiene una tendencia descendente, con menos de la mitad de la prevalencia que en 2007 (periodo precrisis).
- Se mantienen bajas las prevalencias de éxtasis, alucinógenos y anfetaminas, también con menos de la mitad de la prevalencia que en 2007.
- Disminuyen los tranquilizantes para todos los indicadores pero aumentan los hipnóticos de 2005 a 2011.
- Y el cannabis mantiene unos datos muy parecidos a 2005 aunque aumenta el porcentaje de consumo “alguna vez en la vida”, generalmente utilizado como indicador del consumo experimental de la población, 27%, en 2012 y el elevado porcentaje de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo que han supuesto en 2012 el 40,9% de los casos atribuibles a drogas ilegales (22).
- Un nuevo fenómeno es la aparición de sustancias no reguladas, *legal highs*, también llamadas drogas emergentes.

Creemos que los indicadores poblacionales son poco sensibles para detectar posibles nuevos escenarios y reflejan una fotografía de un tiempo pasado.

El consumo de drogas en la población general de Andalucía 2005, 2007, 2009, 2011

El consumo de otras drogas (%)

	Alguna vez en la vida				Último año				Últimos seis meses				Último mes			
	2005	2007	2009	2011	2005	2007	2009	2011	2005	2007	2009	2011	2005	2007	2009	2011
Cannabis	21,5	22,0	20,2	27	10,2	12,7	8,8	11,4	9,0	9,5	7,4	9,8	8,0	8,3	6,1	8,5
C. cocaína	5,6	8,0	6,4	6	2,6	4,0	3,1	1,8	2,2	3,1	2,6	1,3	1,6	1,8	1,9	0,7
Legal highs	-	-	-	3,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Éxtasis/ MDMA	2,1	4,4	3,0	3,1	0,7	1,8	0,7	0,9	0,6	1,5	0,6	0,7	0,5	0,6	0,3	0,3
Alucinógenos	2,5	3,6	1,8	2,7	0,4	1,5	0,3	0,4	0,3	1,0	0,1	0,2	0,3	0,5	0,0	0,0
Anfetaminas	1,9	2,0	0,8	2,7	0,2	1,2	0,1	0,5	0,2	1,1	0,1	0,3	0,2	0,6	0,04	0,1
Tranquilizantes*	3,4	1,4	0,6	1,5	1,7	1,0	0,4	0,7	1,5	0,6	0,4	0,6	1,5	0,4	0,2	0,3
Inhalables	1,2	1,2	0,3	0,4	0,3	0,4	0,04	0,1	0,2	0,3	0,04	0,1	0,2	0,0	0,04	0,1
Heroína	0,4	0,8	0,7	0,8	0,2	0,2	0,0	0,8	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
Base y crack	0,4	0,6	0,8	1	0,2	0,1	0,1	0,3	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,0	0,2
Hipnóticos*	1,1	0,4	0,2	1,5	0,6	0,3	0,04	0,7	0,5	0,3	0,04	0,6	0,5	0,3	0,0	0,3
Speed	-	-	1,5	2,7	-	-	0,3	0,5	-	-	0,2	0,3	-	-	0,1	0,1
Éxtasis líquido	-	-	0,6	0,8	-	-	0,0	0,1	-	-	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0

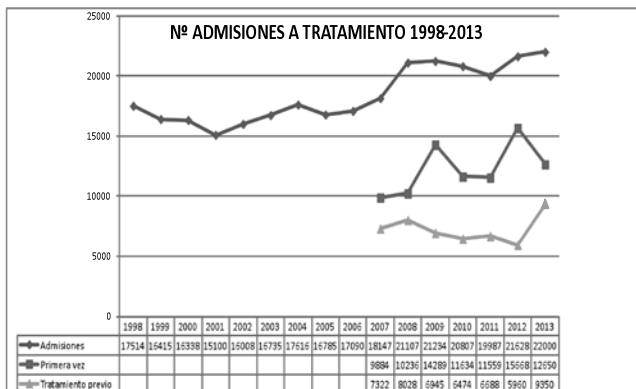
(*) Sin prescripción médica.

Fuente: La población andaluza ante las drogas. Consejería de Salud y Bienestar Social, 2012

2º Indicador admisiones a tratamiento

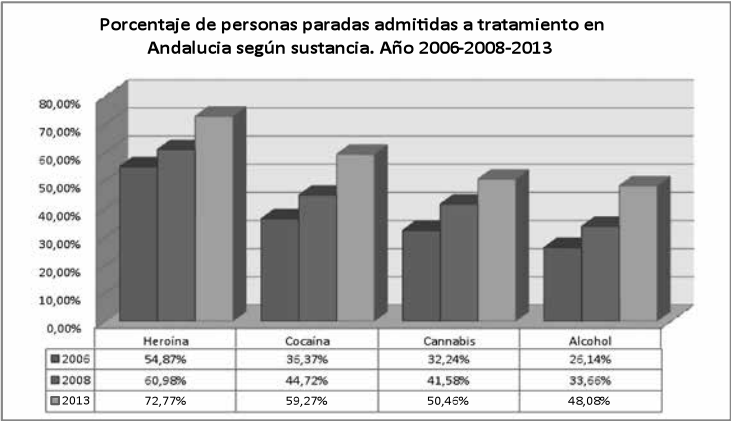
Este indicador (23), anual, muestra la prevalencia de la morbilidad asistida. Se define como en número de admisiones a tratamiento realizadas en los centros ambulatorios por abuso o dependencia de cada una de las sustancias psicoactivas, que se recogen en la clasificación de sustancias adoptada por el Sistema Estatal de Información Permanente sobre Adicciones a Drogas (SEIPAD) y por dependencias sin sustancia. La recogida de información del indicador admisiones a tratamiento se realiza a través del Ficha de Información Básica de Admisión a Tratamiento (FIBAT).

Muestra que 2013 es el año con mayor número de AT de la historia de la red pública andaluza con 22.000 personas, un 17,5% más que en 2007, 18.147.

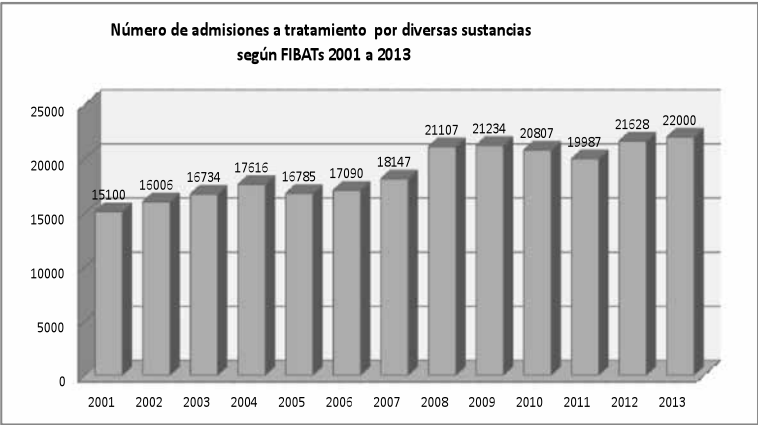


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Sistema de información de Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones SIPASDA

- Las de alcohol han aumentado un 20% de 2007 a 2012,
- En Andalucía bajan de forma continua las de heroína/”rebujaó”,
- Las de cocaína aumentan ligeramente con respecto a 2007,
- y el cannabis mantiene un aumento constante desde períodos precrisis, de 1414 en 2007 a 5233 en 2013, constituyendo en este año 2013 el 25% de las AT,
- Éxtasis y anfetaminas obtiene cifras residuales y los hipnótico/sedantes aumentan un 58% respecto a 2007, pero con pocas AT (347 en 2013).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Sistema de información de Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones SIPASDA



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Sistema de información de Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones SIPASDA

3º Indicador urgencias hospitalarias.

Se define como el número de episodios detectados en los servicios de urgencias hospitalarias relacionados directamente con el consumo de sustancias psicoactivas de manera no médica, en personas de entre 15 y 54 años. Cabe destacar el porcentaje que suponen los episodios relacionados con el consumo de cannabis que siguen aumentando, del 20,3% en 2007 al 40,9% en 2012 del total de episodios, siendo ya la segunda sustancia con más presencia, por encima de la cocaína (36,6%) (22).

Cánnabis: La población andaluza ante las drogas 2005-2012

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Prevalencia de consumo	Alguna vez	21.5	-	22	-	20.2	-	27	-
	Últimos 12 meses	10.2	-	12.7	-	8.8	-	11.4	-
	Último mes	8	-	8.3	-	6.1	-	8.5	-
Admisiones a tratamiento (%)		6.3	6.9	7.8	8.9	10.1	12.7	17.5	21.3
Urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo		8.1	13.2	20.3	24.8	23.8	25.8	33.4	40.9

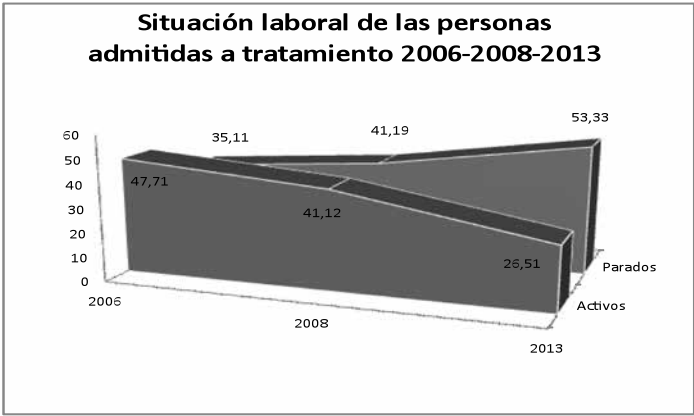
Fuente: La población andaluza ante las drogas, 2012



Resultados

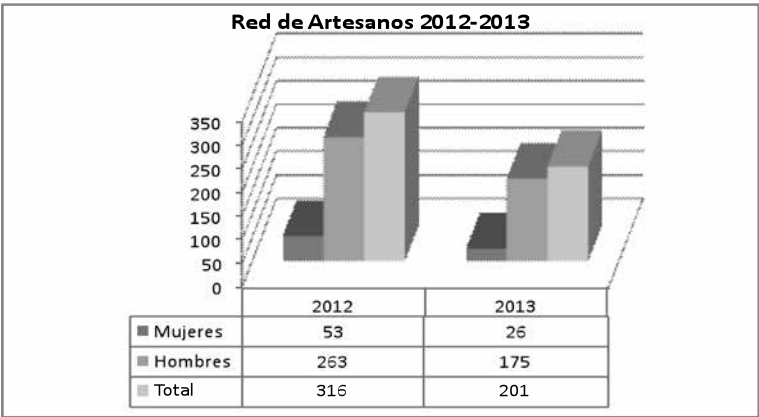
Aparte de los datos de prevalencia de la morbilidad reflejados anteriormente, realizaremos algunos comentarios sobre las admisiones a tratamiento (AT) que consideramos clave para ver la situación de las personas atendidas en Andalucía:

1º En primer lugar, en cuanto a la situación laboral de las personas admitidas a tratamiento, el nivel de paro global si se tienen en cuenta todas las admisiones a tratamiento alcanza el 53,33%, 18 puntos más que en 2006, con un máximo del 72,77% para heroína en 2013.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Sistema de información de Plan Andalúz sobre Drogas y Adicciones SIPASDA

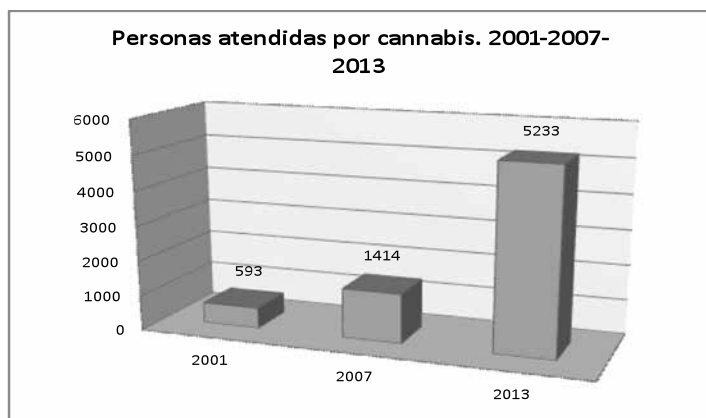
2º En cuanto a la implementación de programas de reinserción sociolaboral específicos, el número de personas en Red de Artesanos atendidas en Andalucía, fue de 316 en 2012, disminuyendo a 201 en 2013. No hemos podido aportar datos del Programa Arquímedes, pero también son muy pobres.



Dávila y González (24), en su artículo “Crisis económica y Salud” afirman que los efectos a corto plazo de las crisis sobre las familias se producen fundamentalmente por tres vías: la emigración, el empobrecimiento (efecto renta) y el desempleo. Pasado cierto umbral, la emigración, el desempleo y el empobrecimiento de las

familias pueden terminar generando fuertes externalidades en costes, bajo la forma de violencia, delitos, inseguridad, marginalidad y exclusión social. Para el individuo, son fronteras difícilmente reversibles que perpetuarán la marginación. Por eso es esencial que el desempleo, particularmente de los jóvenes, se aproveche para invertir en capital humano. Nunca las políticas sociales y de educación son tan esenciales como durante las crisis económicas (25,26,27).

3º Un tercer elemento clave es el auge del cannabis (23,28,29). Pero puntualizando que el 34.9% de las AT tenían una sanción administrativa.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Sistema de información del Plan Andalúz sobre Drogas y Adicciones SIPASDA

Discusión

Sobre la salud en general es motivo de controversia en la literatura científica pero parece asociada tendencialmente al empeoramiento de los indicadores socio-sanitarios (30). La literatura científica consultada sostiene, tal como hemos revisado, que el impacto de las crisis económicas en el consumo de drogas se concentra en dos factores: uno en el impacto del precio y la demanda y dos, en los efectos psicosociales del desempleo y el empobrecimiento propias de las recesiones que propician una mayor vulnerabilidad ante el consumo. A pesar del ajuste que supone el impacto económico directo (precios y demanda) no parece que se produzca una disminución, sino, más bien lo contrario, un aumento en el consumo en general. La disminución de la renta no determina una disminución del consumo sino que induce cambios en el tipo de consumo. La explicación a la no contracción del consumo que hubiera sido esperable en una lógica económica por la caída de las

rentas disponibles, tal como ocurre con otro tipo de bienes, hay que situarla en el cambio hacia drogas de menor precio, en el caso de Andalucía, el alcohol y el cannabis.

Es remarcable que esta crisis, a pesar de su ferocidad y la velocidad de caída de las rentas y del empleo, no haya ocasionado un incremento significativo de los delitos asociados al consumo de drogas como los robos o la entrada en las organizaciones criminales del tráfico ilegal. Uno de los efectos psicosociales más conocido del impacto de las crisis en el consumo de drogas, especialmente de las ilegales, era la disminución de la aversión al riesgo. Sin embargo los datos arrojan una reubicación de los consumos hacia drogas no solo más baratas sino también menos inseguras, mejor conocidas, legales y con amplia permisividad social y con efectos en la salud menos inmediatos y graves (al menos tal como es visto en las creencias populares) (31).

Es cierto que en las estadísticas de detención de personas vinculadas al narcotráfico se refleja un incremento del número y la juventud de los detenidos. Pero resulta imposible determinar si esto obedece a un relevo generacional vegetativo o a un mayor celo en la represión del tráfico ilegal como puede muy bien ocurrir en el incremento de las sanciones por consumo de cannabis en la vía pública.

En consonancia con nuestra hipótesis sobre la “inseguridad estructural” que esta crisis pretende provocar a partir de la doctrina del shock y el precariado el efecto sobre el consumo de drogas no solo sería el estrictamente económico, si bien es cierto que por ello descendería el consumo de sustancias con un precio más elevado como la cocaína y confirmaría la caída de otras que comportan una percepción de mayor riesgo, ilegalidad, daños inmediatos y graves a la salud y estigma social, como la heroína.

El marco teórico que nos ofrece Gary Becker sobre las “adicciones racionales” parece ser el más congruente con las evidencias empíricas que hemos obtenido. Este marco es admisible a condición de que maneжем un modelo de racionalidad ampliado donde no sólo intervienen los valores monetarios (precio y renta) como únicos valores o bienes a maximizar eficientemente y englobamos entre esos valores también otros extra monetarios como la “seguridad” (32).

No obstante hemos de anotar que el ciclo temporal analizado es muy corto como para que podamos elevar las conclusiones a concluyentes y se puedan descartar otros efectos o cambios futuros que ahora no se manifiestan.

CONCLUSIONES

- Las crisis económicas tienen efectos ambivalentes sobre el uso de drogas.
- Hay una doble tendencia de la crisis en el consumo de drogas: incremento global del consumo y cambio en el tipo de sustancias más consumidas. En este cambio quizás intervengan factores relativos al precio de las sustancias y la disponibilidad de dinero en épocas de crisis a lo que se añadirían una “inseguridad estructural” que conlleva una mayor vulnerabilidad individual y una mayor tendencia a la seguridad como aluden las teorías del shock y el precariado. Así, el perfil del nuevo consumidor postcrisis es el de un consumidor de drogas más baratas y que son socialmente percibidas como más seguras (alcohol y cannabis).
- Los estudios poblacionales, de carácter tendencial, no deben utilizarse por parte de las administraciones, como se ha intentado, para minimizar el problema del consumo de sustancias teniendo así la excusa para reducir recursos públicos. No hay ninguna correlación significativa entre el impacto de la crisis, a partir del 2008, y la disminución global del consumo de drogas.
- Los datos de desempleo y el bajo nivel académico de las personas AT, a los que contribuyen las políticas tan restrictivas, reflejan un mayor empobrecimiento de poblaciones en ocasiones muy marginales, con unas perspectivas laborales en muchos casos casi nulas de por vida, por lo que hay que favorecer las políticas de protección social, del estado del bienestar y las redes sociales y familiares.
- El cannabis en esta crisis, como en otros tiempos la heroína o la cocaína, se va convirtiendo en una droga clave y quizás haya que preparar a las redes de tratamiento, a veces envejecida, en el abordaje de poblaciones más jóvenes, estando atentos a las experiencias pro regulación que avanzan en algunos países.
- El alcohol se convierte en una “droga refugio” (precio y seguridad) frente a sustancias más caras e inseguras (cocaína, heroína, drogas de diseño) con un preocupante incremento en el consumo con edades cada vez más jóvenes
- Creemos que este incremento del consumo de “drogas refugio” (alcohol y cannabis) puede ser una respuesta transitoria en la primera fase de la crisis, que es sobre la que tenemos datos, pero puede que en una posible situación de cronificación de los efectos sociales de la crisis, se genere un viraje hacia el uso de drogas de mayor nivel de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Costa S, de Grauwe P, Reuter P. Economic recession, drug use and public health. *International Journal of Drug Policy*, 2011; 22, 5, 321-325.
2. Uzet M, Moncada S. La crisis aumenta la exposición a riesgos psicosociales de la población trabajadora en España. *Revista Digital Por Experiencia* 62 (2013). <http://www.istas.net/pe/articulo.asp?num=62&pag=04>
3. Arkes J. Recessions and the participation of youth in the selling and use of illicit drugs. *International Journal of Drug Policy*; 22(2011) 335-340.
4. Bretteville-Jensen AL. Illegal drug use and the economic recession – What can we learn from the existing research? *International Journal of Drug Policy*. 2011; 22(5).
5. Klein N. La doctrina del shock. Editorial Paidós, 2007.
6. Boltanski L, Chiapello E. El nuevo espíritu del capitalismo. Akal, 2002.
7. World Health Organization (Regional Office for Europe). Impact of economic crises on mental health. 2011.
8. Antonosky A. The salutogenic model as a theory to guide health. *Health Promotion International*. 1996; 11, 1. 1: 45-62.
9. Sennett R. La corrosión del carácter: Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo. Editorial Anagrama. 2006.
10. Chalmers J, Ritter A. The business cycle and drug use in Australia: evidence from repeated cross-sections of individual level data. *International Journal of Drug Policy*, 2011; 22, 5, 341-352.
11. Becker GS, Murphy KM. A theory of rational addiction. *Journal of Political Economic*. 1988; 96, 675-700.
12. Caulkins, J.P. The global recession's. Effect on drug demand– Diluted by inertia. *International Journal of Drug Policy*, 2011; 22(5).
13. Pacula, R. Substance use and recessions: What can be learned from the alcohol literature? *International Journal of Drug Policy*, 22(5). 2011.
14. World Bank. Protecting pro-poor health services during financial crisis–Lessons from previous experiences. 2009.
15. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe Europeo sobre Drogas. Tendencias y novedades. 2013. Lisboa.
16. Saviano R. Cero, Cero, Cero: Cómo la cocaína gobierna el mundo (Panorama de narrativas). Editorial Anagrama, 2014.
17. Ministerio de Fomento. El ajuste inmobiliario español. Gobierno de España. 2012.
18. Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetros (2008-2009). CSIC.
19. Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones de Andalucía. La población andaluza ante las drogas X. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía, 2007.
20. Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias de Andalucía. La población andaluza ante las drogas XI. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía, 2009.
21. Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. La población andaluza ante las drogas XII. Consejería de Salud y Bienestar Social, 2011.

22. Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones. Informe sobre las urgencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas monitorizadas en cuatro hospitales de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social. 2012.
23. Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones. Informe sobre el Indicador Admisiones a Tratamiento en Andalucía, 2012.
24. Dávila Quintana CD, González López-Valcárcel B. Crisis económica y salud. *Gac Sanit.* 2009; 23(4):261-265.
25. Alberdi J y Pérez de Armiño K. Capital social. *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo.* Universidad del País Vasco. 2005-2006.
26. Faraz Vahid S, Muntaner C, Puig-Barrachina V, Benach J. Recortes profundos que hay que cortar por lo sano: crisis económica, políticas sociales y daños en la salud. *Papeles de relaciones ecosociales y cambio global.* 2011, 113: 107-119.
27. Boix P. Toxieconomía y salud en tiempos de crisis. *Viento Sur*, Nº 120/Enero 2012.
28. Ararteko. Cannabis. Usos, seguridad jurídica y políticas. Colección derechos humanos Francisco de Vitoria. Vitoria-Gasteiz, 2012.
29. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España 2011. EDADES 2011-2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2013.
30. Tapia Granados J. Recessions and Mortality in Spain, 1980-1997. *European Journal of Population* (2005) 21: 393-422.
31. Antonovsky A, Sagy S. The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situations. *Journal of Social Psychology*, 1986; 126: 213-225.
32. Becker G, Murphy KM, Grossman M. El mercado de bienes ilegales. *Revista de economía institucional.* 2006; 8, 15: 17-41.

1.6.- Malestares en las mujeres y usos diferenciales de psicofármacos: propuestas críticas desde el feminismo.

Nuria Romo, Carmen Meneses.

La medicina occidental ha enfatizado la infalibilidad de las técnicas médicas y el tratamiento de los síntomas con medicamentos u operaciones en todo tipo de enfermedades y “males”. En general, nuestra medicina ha prestado poca atención a los factores socioculturales y psicoemocionales que pueden afectar a la sintomatología y a la presentación de los síntomas en las personas con dificultades para manejar su salud mental. Este es un sistema en el que se dedica un tiempo determinado a cada visita y en el que las que la comunicación médico-a/paciente se produce dentro de unas relaciones de poder determinadas (1). Como poseedores de la “verdad”, los profesionales médicos han ido adquiriendo la capacidad de definir las experiencias de la gente, especialmente de las mujeres, como “problemáticas”.

El contexto sanitario en el que nos curamos facilita procesos de medicalización, asociados al desarrollo de la industria farmacéutica, que es ámbito clave para entender los sistemas sanitarios y sus nuevos productos “psicofarmacológicos” a partir de los años 50 ´s del siglo XX. En este sentido Mabel Burín, argumenta que la transformación de los medicamentos en bienes de consumo, promovida por las empresas productoras, y muchas veces con poco o ningún control por parte de las autoridades sanitarias, ha contribuido a engendrar “sociedades medicalizadas” (2). Gran parte de estos procesos de medicalización se producen sobre la salud mental de las mujeres.

La expansión del mercado farmacéutico ha tenido profundas consecuencias en la vida y en la salud de las personas, especialmente en las mujeres. Por un lado, el descubrimiento de “nuevas drogas” facilitó progresos significativos en la terapéutica de muchas enfermedades; por otro lado, la transformación de los medicamentos en mercancías comunes dentro del mercado de consumo, hizo que su demanda fuese estimulada artificial e intensivamente, con el resultado de que la nueva tecnología de producción industrial de medicamentos. Esta producción presenta, de manera creciente, graves problemas, ya sea respecto a la seguridad y eficacia de los fármacos, ya sea respecto a las prácticas de consumo (2,3).

Uno de los grupos farmacológicos que aparecen en esos momentos y cuya popularización afecta a la salud de las mujeres son los “Psicofármacos”. Nos referimos a tranquilizantes-sedantes, hipnóticos y antidepresivos, medicamentos o especialidades médicas que son utilizadas para tratar enfermedades, síntomas, síndromes de corte psicológico y relacionados con la depresión, la angustia-ansiedad y el insomnio. Pero no se debe confundir un síntoma aislado (como la tristeza por ejemplo) con una enfermedad, ya que ello no constituye por sí mismo un trastorno (depresión). El trastorno, entendido como un síndrome, requiere un número básico de criterios diagnósticos, tal y como es estipulado para su aceptación. Por ejemplo, se necesitan cinco o más síntomas, como puede ser la pérdida de peso, ideas de muerte, agitación o enlentecimiento, y una duración de por lo menos dos semanas, para poder ser clasificado como “trastorno de depresión”.

En estos momentos existe un consenso en la investigación internacional de la mayor prescripción y autoconsumo de este tipo de fármacos entre las mujeres. En nuestro país este consumo iatrogénico parte en gran medida de la Atención Primaria (4). De la misma forma podríamos decir que existe un importante consenso sobre el predominio en las mujeres de los llamados trastornos psiquiátricos menores, y en los varones de los trastornos de personalidad y dependencia alcohólica.

Esta mayor afectación de las mujeres en las prevalencias de los trastornos psiquiátricos menores y acceso a fármacos para tratarlos, sean prescritos o no, nos ha llevado a preguntarnos sobre los elementos de género que explican esta situación. Para acercarnos a esta realidad hemos utilizado el término “malestar” porque refleja mejor la experiencia de salud y enfermedad de las mujeres, tal y como exponremos a continuación. Es importante señalar que, en numerosas ocasiones, las mujeres no han llegado a tratamiento especializado, siendo “diagnosticadas” y prescritas con algún tipo de psicofármaco directamente desde la Atención Primaria sin utilizar el prescriptor o prescriptora sistema clasificatorio sino sus propios criterios diagnósticos o experiencia clínica.

En este capítulo hablamos de “malestar” o “malestares”, definiéndolo como aquella situación en la que se mezclan signos y síntomas asociados a lo que se describe desde la perspectiva clínica como stress, ansiedad, depresión. Recogemos este término porque es difícil separar estas patologías y otros estados psicológicos en los que se entremezclan síntomas y signos difíciles de definir. Seguimos en este sentido la definición elaborada por Mabel Burín (2).

-Desde la Ciencias Sociales se han buscado perspectivas al estudio de las razones por las que las mujeres en distintos países del mundo son prescritas el doble

de veces con psicofármacos cuando las comparamos con los varones. En general, las investigaciones que hemos analizado sugieren las diferencias de género en el manejo y expresión de la ansiedad y el stress, la búsqueda de cuidados médicos, percepción de la enfermedad y las vías en la prescripción del personal médico contribuyen al mayor uso de psicofármacos por parte de las mujeres.

-Desde una perspectiva feminista nos interesa reflexionar sobre el proceso de medicalización de los “malestares femeninos”, es decir, sobre las experiencias problemáticas de las mujeres y ante las que son susceptibles de recibir medicación. Este proceso se inserta en el establecimiento de las “ciencias duras” hace más de siglo y medio, por el cual se legitima a los profesionales médicos como poseedores de la “verdad” y con capacidad de definir las experiencias de las mujeres como problemáticas y susceptibles de tratamiento médico (5) Nuestro objetivo final es analizar algunas de las aportaciones del feminismo en el afrontamiento y tratamiento de estos “malestares femeninos”.

Manifestación de los “malestares de las mujeres” e hiperfrecuentación en Atención Primaria

Se ha demostrado que las mujeres están, por razones de índole cultural, más predispuestas que los varones a reconocer la presencia de enfermedades y a establecer contacto, para buscar atención a sus trastornos. En este sentido se han mencionado que las mujeres son hiperfrecuentadoras de los servicios sanitarios.

Entendemos “hiperfrecuentación” como la conducta de reiteradas consultas en los servicios médicos, con la sensación de ser excesiva o inapropiada para la actuación en un centro médico. Produce frecuentemente insatisfacción en las partes, tanto en el profesional sanitario como en el o la paciente, coincidiendo los mayores índices de utilización con la menor satisfacción de los usuarios y usuarias, repitiendo estos en tanto que consideran no resuelto su problema. Cuando el profesional cree que no puede hacer más, el desencuentro es notorio.

En nuestra sociedad, la salud se ha psicologizado, pero casi nunca se piensa que las enfermedades de los varones tengan un componente psíquico. Estudios recientes indican prevalencias en trastorno mental parecidas en varones y mujeres, aunque las mujeres consultan más. Las mujeres acuden más a los servicios sanitarios por trastornos depresivos, ansiedad y los varones por mayor abuso de sustancias psicoactivas y trastornos antisociales de personalidad. En este sentido, creemos que ambas pueden ser formas de responder al estrés que reflejan las diferentes

expectativas sociales frente a cada sexo. Las mujeres tienen más responsabilidad de su salud en virtud de los cuidados que realizan, lo que explica que frecuenten más las consultas y tengan una mayor responsabilidad ante la enfermedad acudiendo a las consultas. Resulta más aceptable socialmente que una mujer acuda a un servicio médico que un varón. No se trataría, pues, de mayor presencia de morbilidad sino de una mayor predisposición a consultar, conducta que se ajusta al rol femenino.

Establecer contacto con los servicios médicos, forma parte de lo que desde la psicología social de la salud se ha llamado conducta de enfermar, término acuñado por Mechanic en 1978 (6), conducta que implica una percepción e interpretación de los síntomas, asunción del papel de enfermo, búsqueda de asistencia, asunción del papel de paciente y recuperación. Como conducta de enfermar se ve definida por nosotros mismos y por otros que actúan como referentes significativos, aparece determinada por las influencias culturales y del aprendizaje social.

Una vez en la consulta las formas de expresión y transmisión de los síntomas son distintas entre varones y mujeres, lo que se ha llamado la “semiología de las mujeres”. Las mujeres tienden más a comunicar verbalmente y expresar su malestar a través de conductas como el llanto, quejas de tristeza y depresión. Sin embargo, los varones demuestran el malestar en irritabilidad e indecisión, síntomas estos que los médicos no identifican como signos de un malestar, por lo que tienden a infra-diagnosticar e infraprescribir a los varones y sobrediagnosticar y sobreprescribir a las mujeres. (7). La capacidad del personal médico para determinar el diagnóstico psicopatológico concreto (ansiedad o depresión) es baja. Los síntomas ansiosos con mayor expresión clínica resultan más diagnosticados. Ello pone de manifiesto las carencias y los sesgos de formación que gran parte de los profesionales de atención primaria en el ámbito de la salud mental. Estos profesionales, como muchos miembros de esta sociedad, comparten los estereotipos que en ella se manejan, como pueden ser algunas actitudes negativas ante problemas de la vejez o la falta de atractivo físico. Es lo que se ha llamado el “sesgo sexual” de médico o médica. Los médicos a veces responden de forma diferente a los pacientes varones o mujeres que presentan la misma queja, ofreciendo diagnósticos y tratamientos diferenciados.

Existen variables referentes al médico o médica que influyen en su capacidad para diagnosticar y abordar situaciones. Cuando el paciente es una mujer se evidencia menos esfuerzos terapéuticos que cuando el paciente es un varón, claramente objetivables en la calidad de las historias clínicas y en el manejo de pruebas tecnológicamente más sofisticadas. Es necesario considerar el sesgo en los juicios

médicos según el sexo del paciente, y la grave falta de conocimientos sobre factores de riesgo y la semiología de las mujeres.

Acceso a la Prescripción de Psicofármacos y uso diferencial por las mujeres

Sabemos que en el caso del 50% de los pacientes que acuden a un servicio de atención primaria aparece un factor psicosocial como precipitante de su demanda y los problemas de salud mental suponen más del 20% de motivos de consulta en medicina general (8). Algunos autores y autoras concluyen que la utilización de estos fármacos en el ámbito de la Atención Primaria se centra fundamentalmente en el tratamiento de la ansiedad, insomnio y trastornos depresivos (9). En la investigación llevada a cabo por profesionales de este ámbito de atención existe un reconocimiento de la importancia del consumo de psicofármacos y del aumento en su uso en los últimos años, reconociéndose que los principales prescriptores y prescriptoras han sido y siguen siendo los médicos/as de Atención Primaria. Desde el modelo de Goldberg, se sitúa en torno al 35% la capacidad de estos profesionales de detectar trastornos psiquiátricos.

El malestar psíquico ha sido otro aspecto estudiado entre las personas que acuden a éste ámbito de la atención sanitaria. Sebastián Gallego y otros determinaron su prevalencia en la población consultante de un centro de salud urbano de Barcelona. Los autores concluyen que la prevalencia de malestar psíquico es alta, “dándose principalmente entre mujeres, sin una pareja estable, que acudían más de seis veces al año a consulta, con consumo habitual de psicotropos y analgésicos” (10).

En cuanto al tipo de patología específica que se detecta en Atención Primaria: depresión, ansiedad e insomnio son enfermedades de alta prevalencia tanto en las consultas de medicina familiar como en la población general. De esta manera, la depresión (10,4%), el trastorno de ansiedad generalizada (7,9%) y la dependencia alcohólica (2,7%) fueron los tres trastornos de mayor prevalencia en un estudio de la OMS en centros de salud de 15 países del mundo, con un 24% de prevalencia media del conjunto de los centros para cualquier tipo de trastornos psíquico (11). En dicho estudio, el 62% de total de consultantes eran mujeres.

El personal médico de atención primaria constata en su ejercicio profesional la importante carga asistencial de la psicopatología, tanto por su frecuencia como por la influencia sobre otras enfermedades concomitantes (12). Goldberg y Huxley

ya en 1980 (13), afirmaban que muchos de los pacientes con marcado trastorno psiquiátrico, y la mayoría de quienes padecen trastornos más leves, consultan a sus médicos generalistas al menos una vez por año.

En el ámbito de la Atención Primaria, existen estudios que han tratado de conocer la prevalencia del consumo entre las personas que acuden a consulta. Es el caso del de Mateo y otros (14), que realizaron una investigación en el Centro de Salud de Potes de Madrid para determinar la prevalencia de consumo en estas consultas y correlacionarla con las características sociodemográficas y la presencia de síntomas psíquicos. Se entrevistaron a 350 pacientes mayores de 14 años seleccionados aleatoriamente. Los autores concluyen que el consumo global de psicofármacos se sitúa en el 21% de la muestra, porcentaje superior al obtenido en otros estudios, aunque similar al hallado en nuestro país en pacientes ingresados o ancianos. Está demostrado y se confirma en esta investigación el mayor consumo de psicofármacos en mujeres, en individuos de edad elevada, viudos o que viven solos, con patología orgánica crónica y en aquellos con síntomas relacionados con el trastorno psíquico no psicótico. En esta investigación también se observa un mayor consumo entre las personas que no tienen actividad fuera del hogar (desocupados y amas de casa). El grupo farmacológico más utilizado es el de las benzodiacepinas, seguido a gran distancia de los antidepresivos. Destaca un mayor consumo de los nuevos antidepresivos serotoninérgicos frente a los clásicos, quizás por la menor incidencia de efectos adversos y la mayor comodidad posológica de este nuevo grupo de fármacos.

Los grupos de riesgo para consumir este tipo de fármacos han sido uno de los aspectos estudiados en este ámbito. Entre ellos destacan las mujeres, los ancianos, enfermos crónicos, personas que cumplen determinadas características socio-demográfica como estar desocupados o sin familia y en aquellos con síntomas que sugieren trastorno psíquico no psicótico (véase, por ejemplo, Mateo y otros (14) o Iragüen (9).

Investigadoras como Skodra (5) han tratado de discernir cuáles son los distintos grupos de riesgo que se producen entre las propias mujeres. Esta investigadora realiza un trabajo en Grecia y Portugal utilizando entrevistas centradas en el grupo de mujeres casadas y con hijos-as. Elige este grupo de mujeres basándose en su revisión de la literatura internacional en la que encuentra que los grupos de riesgo en el colectivo de mujeres son: En primer lugar, señalaron que existía diferencias entre las mujeres que son prescritas y las que usan psicofármacos siendo las ancianas las que tienen más probabilidad de tomar esta medicación y las jóvenes (18-29 años)

las que tienen menos. En segundo lugar, el estatus civil de las mujeres influía en el consumo, dado que aquellas que se encontraban casadas usan más medicación que las solteras. En tercer lugar, el número de hijos también estaba relacionado, puesto que existían diferencias entre las mujeres que usaban psicofármacos según el número de niños-as que tenían. A más niños-as más probabilidad de usar medicación. Por último, el nivel educativo interacciona con la ocupación y el sexo en cuanto a los consumos de psicofármacos.

Los factores que influyen en la prescripción y los motivos que explican su mayor peso en algunos grupos de la población se muestran en distintas investigaciones. Por ejemplo, en un estudio Delphi realizado entre profesionales de Atención Primaria asturianos con el objetivo de identificar qué factores influyen en la prescripción de benzodiacepinas y análogos y qué acciones pueden disminuir su prescripción, se consensuaron cinco factores como los más influyentes en la prescripción de benzodiacepinas: la disminución del umbral de tolerancia de la población al malestar emocional; el aumento de la prevalencia de patologías; la falta de tiempo en la consulta; los condicionantes socioeconómicos; y las propiedades de las benzodiacepinas.

Se han referido a la vez los posibles errores asistenciales relacionados con la prescripción de este tipo de fármacos y la calidad de la prescripción misma han sido también ámbitos de estudio en Atención Primaria. Podemos mencionar en este sentido el trabajo de Jesús de la Gándara (15), que señalaba distintos errores asistenciales basados en la confusión con la patología somática, la desestimación del origen psíquico de síntomas, el rechazo social, el escaso conocimiento de la psiquiatría en AP y el rechazo o la desconfianza en los tratamientos. Respecto a las diferencias de sexo el autor señalaba que: “se sabe que los trastornos ansiosos y depresivos son más frecuentes en mujeres (2 a 1), lo cual se explica por su mayor vulnerabilidad al estrés, cambios hormonales propios del ciclo reproductivo, asociación genética con ciertos trastornos y con otros aspectos de índole sociocultural”.

Skodra (5) establece dos categorías de dificultades para las que cree que se prescriben con frecuencia psicofármacos sin llegar a utilizar los sistemas clasificatorios más comunes en la psiquiatría: 1. La primera categoría tiene que ver con los términos populares de “estar de los nervios”, “tener los nervios rotos”, “problemas de nervios”; 2. La segunda tiene que ver con una variedad de situaciones que van desde orgánico a lo social o familiar. La investigación internacional muestra que médicos-as generalistas, neurólogos o psiquiatras, prescriben psicofármacos a las mujeres por diferentes motivos, entre los que se incluyen: dificultades para dormir,

menopausia, síndrome premestruar, cuando se encuentran en proceso de divorcio, cuando tienen problemas con sus hijos, ansiedad, cuando sufren la pérdida de la pareja, ansiedad, fobia, violencia en el hogar entre otros. Muchas de estas circunstancias sociales no deberían suponer una enfermedad susceptible de ser tratada con fármacos.

La perspectiva feminista en estudio del uso de psicofármacos:

Ashton (16) ha planteado que las enfermedades psiquiátricas como la depresión y la ansiedad parecen ser más comunes en las mujeres que en los varones, y las primeras con más frecuencia se quejan de los síntomas psicológicos. Se argumenta que las mujeres tienen mayor probabilidad de desarrollar complicaciones psiquiátricas junto a enfermedades físicas, pero parece no existir la correspondiente proporción de prescripción de psicofármacos para problemas puramente masculinos como los de próstata o la impotencia.

Deben de existir ciertos sesgos de género en el diagnóstico médico y en la elección de la medicación, pero otros factores de índole más “sociológica” deben de ser contemplados, entre ellos el hecho de que es menos probable que las mujeres puedan controlar sus “malestares” con actividades fuera de casa. Las mujeres además tienen situaciones relacionadas con la salud y enfermedad especiales como el embarazo, lactancia, cuidado de los niños-as y síndrome premestruar. Esta autora destaca dos factores que cree de importancia para comprender esta situación:

1. La actitud de los médicos-as hacia los pacientes. En estos temas es difícil obtener información concluyente y gran parte de la información es especulativa y anecdótica. Existen numerosos ejemplos de mujeres que son diagnosticadas por varones con problemas psicológicos, que más tarde han desarrollado enfermedades somáticas. Numerosas de estas mujeres han sido prescritas con psicofármacos. No sólo los médicos varones prescriben más a las mujeres sino también estas situaciones se observan en las médicas. Brozovic (17) ha mantenido que los profesionales de la medicina en general *tienen la necesidad de asumir un rol paternalista que caracteriza a las mujeres como débiles, vulnerables y emocionales*. Parece cierto que médicos y médicas perciben la enfermedad en la mujer con una base psicológica más que física y esta percepción conduce a una mayor prescripción de psicofármacos. En este sentido puede que exista cierta influencia de los anuncios farmacéuticos.

2. La actitud de las mujeres puede ser otro factor que influye en la prescripción. Ha sido examinado por Cooperstock (18) y Cooperstock y Lennard (19) quienes

mantenían que las mujeres usan más psicofármacos que los varones porque la sociedad les permite: a) Expresar sentimientos como la ansiedad; b) Percibir problemas emocionales en ellas mismas; c) Usar la atención médica para los problemas emocionales.

Debe añadirse que la sociedad permite a los varones, que son menos introspectivos y están menos en casa, otros escapes. Se ha sugerido que los varones tienden a salir y usar el alcohol para enfrentarse al stress mientras que las mujeres tienden a estar en casa y usar tranquilizantes. Los varones en el estudio de Cooperstock y Lennard 's tendían a usar los tranquilizantes para enfrentarse a las situaciones de malestar del trabajo, ya que podían encontrar un escape a las que ocurrían en el hogar.

En España ya se han llevado a cabo algunos trabajos descriptivos que tratan de abordar el ámbito social de consumo. Un ejemplo es el realizado por M^a José de la Cruz Godoy y otras (29) para el Instituto Canario de la Mujer. El principal objetivo de la investigación era conocer algunas características descriptivas y necesidades de las mujeres consumidoras de psicofármacos que acuden a las consultas de atención primaria de la ciudad de Las Palmas. Desde otros objetivos específicos plantearon estudiar la historia del consumo entre las mujeres y evaluar si han sido tratadas o no en razón de su dependencia. Entre los resultados mostraron un perfil entre las consumidoras de psicofármacos que correspondía a mujeres casadas mayores de 45 años que acudían a las consultas de atención primaria por problemas de ansiedad y depresión. Entre las encuestadas muchas refirieron un largo historial de consumo, con un mantenimiento de la dosis de las sustancias prescritas por el médico/a en el inicio del tratamiento, lo que para las autoras podía reflejar una dependencia psicológica más que física.

Una investigación que resume de manera clara las distintas hipótesis que se presentan en los trabajos que hemos consultado es la llevada a cabo en Australia, por Mant, Broom y Duncan-Jones (20). Estas autoras trataron de buscar conclusiones a una serie de hipótesis que habían formulado. Lo hicieron a través del análisis estadístico de una encuesta llevada a cabo en Sydney en la que se incluía información sobre morbilidad psiquiátrica, presentación de quejas, diagnóstico y prescripción. El objetivo era probar las hipótesis más populares que tratan de explicar el consumo diferencial entre varones y mujeres de psicofármacos. Estas hipótesis, que resumen y se corresponden con las que se presentan de manera dispersa en otros muchos trabajos, son:

1. La hipótesis de la morbilidad, es decir, más mujeres que varones tienen problemas psiquiátricos.

2. La hipótesis de la consulta: Es más aceptable socialmente que las mujeres vayan más al médico que los varones. Incluso aunque la morbilidad psiquiátrica sea la misma, las mujeres obtendrían más prescripciones porque van más a la consulta.

3. La hipótesis de la manifestación de emociones: Es más aceptable socialmente que las mujeres admitan que tienen síntomas de problemas emocionales. Las mujeres puede que no estén más enfermas que los varones pero puede que estén más alerta ante sus emociones y más preparadas para comunicarlas a otros.

Las hipótesis 2 y 3 tienen que ver con las diferencias de sexo en torno al comportamiento ante la enfermedad. Los que trabajan con estas dos hipótesis parten de que a pesar de que la neurosis es más común entre las mujeres, los desórdenes de la personalidad y el alcoholismo son más comunes entre los varones. Por lo tanto, varones y mujeres se distinguen en la forma en la que enfrentan los problemas emocionales, pero las mujeres no sufren necesariamente más enfermedades mentales que los varones, sencillamente tienen más tendencia a enfermedades mentales que permiten la consulta y apertura y justifican una mayor prescripción.

4. La hipótesis del estereotipo: El personal médico tiene cierta predisposición a diagnosticar problemas neuróticos en las mujeres, especialmente en las mujeres de edad media.

5. La hipótesis del control social: Los profesionales médicos tienen cierta predisposición a medicar a las mujeres que tienen algún problema psicológico. Los problemas psicológicos en las mujeres generan más inestabilidad social que los de los varones. La prescripción de psicofármacos puede servir como una forma de “control” de comportamientos inaceptables y que generan problemas en las comunidades y familias de las mujeres que son prescritas. Para decirlo de manera concreta: “que mantengan a las mujeres en sus lugares”.

Las conclusiones de este estudio sobre una población que consulta a médicos de carácter generalista, demuestran que las mujeres no tienen de manera estadísticamente significativa una probabilidad mayor de estar padeciendo una enfermedad psiquiátrica significativa. Los pacientes enfermos¹, tienen una probabilidad tres veces superior de obtener una prescripción de psicofármacos, y aquellos que el profesional percibe que tienen problemas emocionales tienen seis veces mayor probabilidad de recibir psicofármacos. Por lo tanto, destacan como muy importante la percepción del médico-a de que el paciente tenga problemas de origen psicológico. Mientras que los profesionales tienden a ver en las mujeres más problemas

¹ De acuerdo al instrumento GHQ (General Health Questionnaire)

de “neurosis” que en los varones no parece que “sobrediagnostiquen” a las mujeres como grupo, sino más bien que subdiagnostican a los varones que los consultan.

Sin embargo, Cafferata, Kasper y Bernstein (21) analizan los datos procedentes del Nacional Medical Care Expenditure y Survey en EEUU para confirmar que las mujeres tenían una mayor probabilidad de ser prescritas con psicofármacos. Los autores mostraron a través de la información analizada que en varones y mujeres la posibilidad de obtener un psicofármaco estaba influenciada por las responsabilidades de rol familiar, la estructura familiar y los eventos estresantes. Sin embargo, las mujeres tenían una mayor probabilidad que los varones con las mismas circunstancias familiares. Es decir, entre las mujeres, ciertas responsabilidades de rol familiar, estructura y eventos estresantes afectaban su probabilidad de ser prescritas con psicofármacos.

Elizabeth Ettorre y Riska (22) proponen establecer las bases para el desarrollo de una perspectiva sensible a la cuestión del género en el uso de psicofármacos. Estas autoras señalan que la investigación existente en el uso de psicofármacos tiene “sesgos de género” de tres formas:

1. La revisión de los primeros trabajos sobre diferencias de género y uso de tranquilizantes proporciona razones unidimensionales, presentadas “sin-objeciones”; “cauto-sin respuesta”; “roles de las mujeres” o determinados políticamente.
2. Tras realizar una revisión crítica de los dos discursos predominantes, el médico y el sociológico, estas autoras argumentan que ambos mantienen la misma aproximación, pues el uso de drogas por las mujeres permanece invisible.
3. La aproximación predominante en la investigación actual es individualista y ciega hacia el género, necesitándose un análisis conjunto que problematice el género.

Durante los años ochenta científicos sociales proporcionaron nuevas ideas sobre los aspectos sociales y culturales del uso de psicofármacos. Por ejemplo, se han realizado aproximaciones sociológicas del significado cultural y social del uso de psicofármacos (19, 23) sobre formas de acceso al uso (24) y sobre como los tranquilizantes se han convertido en un problema público y construido como problema social en Gran Bretaña (25).

Estas nuevas ideas procedentes de lo social sobre los tranquilizantes han añadido información de valor a la mapificación previa sobre las características de los usuarios en la investigación de los 1970 's (26). Si uno considera la importancia de la cultura y los factores sociales en el desarrollo de estas ideas, uno empieza a cuestionarse el tradicionalmente dominante tratamiento del tema desde lo psicológico centrado en los factores individuales que determinan el uso.

Sin dudar del valor de las perspectivas sociológicas que han acompañado a la perspectiva médica dominante, Ettorre y Riska (27) plantean que una perspectiva de género, o más específicamente una perspectiva feminista, ha estado, sin embargo, ausente entre las contribuciones de los científicos sociales. No es suficiente a la hora de explicar la mayor probabilidad de uso por parte de las mujeres de estas drogas decir solamente que “su posición estructural en el hogar y la cantidad de apoyo social y stress social experimentado en las personas que se encuentran en esta posición necesita ser tenida en cuenta” (25). Uno debe preguntarse no sólo por qué y cómo las drogas son usadas por las mujeres en lo privado sino también cómo las mujeres en el juego de las relaciones sociales entre la esfera privada y la pública ven su dependencia a estas drogas. Dada la escasa atención que se le proporciona a los problemas que conciernen a las mujeres en medicina hasta que no están directamente relacionados con el embarazo y parto esta ausencia es esperada.

El desarrollo de un análisis feminista en el campo de los tranquilizantes no ha existido por dos razones:

Cualquier área del comportamiento humano dominada por las ciencias naturales tiende a dividir lo científico de lo social y lo cultural. La enfermedad ha sido por largo tiempo sólo objeto de análisis por las ciencias naturales. Cuando los científicos sociales empiezan a examinar los ámbitos de la salud y la enfermedad se encontraban inseguros del status de su tarea.

La investigación sobre salud y enfermedad, de la cual el uso de drogas es parte, ha estado muy influenciada por la perspectiva funcionalista proporcionada por el análisis de Parsons sobre el rol del enfermo y el papel del médico en la legitimación de este rol. En el análisis original de Parson (28), ambos, el enfermo y el paciente fueron descritos como masculinos a pesar de que trataba de hacer una teoría de la acción humana neutral en el género.

Una perspectiva sensible al género es aquella que permite ver las mujeres y explicar el mundo desde la perspectiva de las mujeres. Esto significa específicamente que poderosas dinámicas de género estructuran culturalmente, políticamente y económicamente los significados de la “masculinidad” y la “femineidad” y que las divisiones entre lo privado y lo público de la vida social no se toman como dadas sino que son problematizadas y situadas en el frente del análisis. Si lo que se quiere es realizar un análisis feminista del uso de psicofármacos por las mujeres es necesario revisar críticamente el trabajo previo en el campo y hacer visible el “paradigma invisible” del trabajo hecho desde lo masculino (22).

Desde una “perspectiva sensitiva al género en el uso de psicofármacos”, las categorías de mujeres y sistema de género no son tomadas como dadas sino problematizadas y situadas en primer plano del análisis. Sólo cuando esta distinción se asuma se alcanzará una mejor comprensión del uso de drogas por las mujeres, específicamente de los psicofármacos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Prather JE y Minkow NV. Prescription for despair: women and psychotropic drugs, en Van Den Bergh, N. (ed). *Feminist perspectives on addictions*. Springer Publisheing Co Inc, New York, 1999, pp. 87-99.
- 2- Burin M. Género y psicoanálisis: subjetividades femeninas vulnerables, en Burin, M and Dio Bleichmar, E. *Género, psicoanálisis y subjetividad*. Buenos Aires. Paidós, 1996.
- 3- Burin M. Género femenino y consumo abusivo de psicofármacos. 2003. (<http://www.psicomundo.com/foros/genero/farmacos.htm>)
- 4- Delgado Sánchez A. El papel del género en la relación médico-paciente. *Formación Médica Continuada, Atención Primaria*, 1999; 6 (8):509-516.
- 5- Skodra Eleni S. “Families and abuse of prescribed medication: a psychological analysis of women´s and children´s experiences in the family and other social institutions,” *Counseling Psychology Quarterly* 1992; 5(4): 315-325.
- 6- Rodríguez Marín J. *Psicología social de la salud*. Madrid. Síntesis, 2001.
- 7- Hohmann AA. Gender bias in psychotropic drug prescribing in primary care. *Medical Care*, 1989; 27, 478-490.
- 8- Torres Martínez C, Orgaz Gallego P, Lozano Álvarez F, Sánchez Gómez MH, Pinnel Muñoz MF, Tojeiro Lorente S y Lain Teres N. Psicofármacos en Atención Primaria: calidad de la prescripción. *Atención Primaria* 1993; 11[8], 385-387.
- 9- Iragüen Eguskiza P. Consumo de benzodiacepinas. ¿Dónde estamos? *Formación médica continuada en atención primaria*, 2000; 7, 499-501.
- 10- Sebastián Gallego R. et al. Percepción de malestar psíquico por el médico en un área básica de salud. *Atención Primaria* 1998; 22(8):491-496.
- 11- Üstün TB y Sartorius N. *Mental illness in General Health Care: An international study*. Chichester/New York, JhonWiley & Son, 1995.
- 12- Romo N, Gil E, Meneses C, Markez I, Póo M, Vega A. Mujeres y prescripción de psicofármacos. Un estudio comparativo en tres Comunidades Autónomas. 2003. Informe presentado al Instituto de la Mujer. No publicado.
- 13- Goldberg DP y Huxley P. *Mental illness in the Community. The Pathway to Psychiatric Care*. London, Tavistock, 1980.
- 14- Mateo Fernández R, Rupérez Cordero O, Hernando Blázquez MA, Delgado Nicolás MA and Sánchez González R. Consumo de psicofármacos en Atención Primaria. *Atención Primaria* 1997; [19[1], 47-50.

- 15- Gándara Martín J.J. de la. Manejo de la depresión y ansiedad en atención primaria. *Atención Primaria* 1997; 20 (7):389-394.
- 16- Ashton H. Psychotropic-drug prescribing for women. *British Journal of Psychiatry*, 1991; 158, 30-35.
- 17- Brozovic M. With women in mind. *British Medical Journal* 1989; 299 (6700): 689-
- 18- Cooperstock R. A review of women 's psychotropic drug use. *Can. J. Psychiatry*, 1979; 24: 29-34.
- 19- Cooperstock R, Lennard H. Some social meanings of tranquilizer use. *Sociology of Health and Illness* 1979; 1(3):331-47.
- 20- Mant A, Broom D y Duncan-Jones P. The path to prescription: Sex differences in psychotropic drug prescribing for general practice patients. *Social Psychiatry*. 1983; 18(4):185-192.
- 21- Cafferata GL, Kasper J, y Bernstein A. Family roles, structure, and stressors in relation to sex differences in obtaining psy-chotropic drugs. *Journal of Health and Social Behavior*, 1983; 24, 132-143.
- 22- Ettorre E y Riska E. Psychotropics, Sociology and Women: Are the 'Halcyon Days' of the 'Malestream' Over? *Sociology-of-Health-and-Illness*. 15(4), 503-524. 1993.
- 23- Gabe J y Thorogood NI. Prescribed Drug Use and the Management of Everyday Life: The Experiences of Black and White Working-Class Women. *Sociological Review*. 1986; 34(4):737-772.
- 24- Cafferata GL y Meyers SM. Pathways to psychotropic drugs. Understanding the basis of gender differences. *Med Care*, 1990; 28(4):285-300.
- 25- Gabe J y MBury. Tranquillisers as a social problem. *The Sociological Review*. 1988; 36(2):320-352.
- 26- Cooperstock R, y Parnell P. Research on psychotropic drug use. A review of findings and methods. *Soc Sci Med*, 1982; 16(12): 1179-96.
- 27- Ettorre E y Riska E. Gendered Accounts of Mood Disorders: The Social Construction of Gendered Moods. *Notes: Society for the Study of Social Problems (SSSP)*. 1997.
- 28- Parsons T. The sick role and role of the physician reconsidered. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1975; 53: 257-278.
- 29- De la Cruz Godoy MJ, Fariñas Michelena B, Herrera García A y González González MT. Adicciones ocultas aproximación al consumo diferencial de psicofármacos. *Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas*. Las Palmas de Gran Canaria, 2001.

1.7.- Medios de comunicación y Drogodependencias.

Joan Carles March Cerdá

Introducción.

El énfasis actual sobre las necesidades en el cuidado de la salud de la población está incrementando la importancia de conocer el papel potencial de los medios de comunicación en aspectos de la salud y de la utilización de los servicios sanitarios (1). El protagonismo social de los medios de comunicación ha ido incrementándose de una manera que parece ya irreversible. Los medios han ido adquiriendo un peso cada vez mayor como generadores de una determinada construcción social de la realidad. Se han convertido en un agente de socialización.

Esta potencialidad viene dada por la asidua presencia en la prensa, radio, o TV de algunos tópicos relacionados con la salud y los servicios sanitarios. Esta cobertura genera la puesta en las agendas de individuos y grupos de un discurso sobre la salud, junto a un incremento del conocimiento en diversos temas. Además los medios de comunicación pueden influir en los comportamientos sociales alrededor de la salud de las personas (2).

Las encuestas poblacionales nos muestran que los medios de comunicación son un importante fuente de información acerca de problemas de salud, como el control del peso, el HIV/sida, el uso de drogas, el asma, la planificación familiar o el cáncer de mama (3,4).

Además, hay diversos estudios (5-11) que afirman que los medios de comunicación pueden influir en el cambio de las conductas en salud, en la utilización de servicios, en las prácticas de los profesionales y en las políticas de salud. Los medios de comunicación, por la gran credibilidad que tienen, actúan sobre la opinión pública como: *Conformadores de conciencias, orientadores de conductas y deformadores de la realidad.*

Gemma Revuelta comenta en Gaceta Sanitaria (12) que La «agenda de los medios de comunicación» influye en los temas considerados de importancia por la sociedad receptora. Y sigue diciendo que la salud pocas veces tiene un espacio

específico o un tratamiento independiente o la información está servida por profesionales escasamente especializados. Los principales temas “crónicos” que ha seguido la prensa española durante los años del estudio Quiral han sido: cáncer, sexualidad y reproducción, sida, drogas (incluido el tabaco), trastornos mentales y cuestiones relacionadas con la nutrición. Los políticos o las personas que ocupan cargos politicotécnicos son el grupo de fuentes sobre el que recae gran parte de la información en materia de salud (49%). En contraposición, el sector más especializado sólo supone un 26% de las fuentes.

En un estudio realizado en España sobre los medios de comunicación y la salud (13) se obtuvieron los siguientes resultados:

- ☆ Entre las preocupaciones de los españoles sobre su salud destacan enfermedades que consideran *sociales* como la drogadicción o el alcoholismo.
- ☆ Las fuentes de información sobre temas de salud de los ciudadanos españoles son: *los médicos* (fuente idónea y mejor valorada), los casos particulares de *enfermedades de familiares y amigos*, *la prensa* de información general, la prensa “rosa” y *la TV y la radio*.
- ☆ La salud es visto como un tema mediático que *se filtra en la vida de las personas*, a través de *un mensaje preventivo y superficial* y que afecta a *las emociones* de las personas.
- ☆ Para los españoles entrevistados, la TV, debido a su afán divulgativo, aborda temas complejos de salud de un modo *accesible y directo* y genera en algunos públicos, *inquietud*. Además, la televisión como fuente de información en temas de salud aporta como positivo la utilización de imágenes que conciencian y aclaran. Asimismo, la TV tiene limitaciones a la hora de producir *efectos a medio plazo* y que a veces crea *confusión y alarmismo*.
- ☆ Los españoles recuerdan programas de TV sobre salud como “Saber Vivir”, “Érase una vez el cuerpo humano”, “En buenas manos” o “La botica de la abuela”. Al hablar del programa ideal de salud, recuerdan el “*Más vale prevenir*” por su estilo coloquial, ameno y no científico, conducido por profesionales con credibilidad.
- ☆ Por otra parte, la Radio es valorada por la *participación, la cercanía, la complicidad y la interactividad*. La radio es vista como *más divertida, más individual y ligado a la curación*. Junto a ello, valoran muy positivamente que en cualquier programa se introduzca la dosis de salud. De todas formas,

el no tener imágenes hace difícil la comprensión y por tanto los efectos de cambio de hábitos.

Si nos vamos a las preocupaciones de los españoles sobre su salud, destacan enfermedades que consideran *sociales* como la drogadicción o el alcoholismo (13).

Las Drogas en los Medios de Comunicación.

Los medios de comunicación suelen ser la principal fuente de información sobre drogas, sobre todo, de la gente joven y que, al mismo tiempo, éstos constituyen un poderoso instrumento de influencia en la conducta de la gente.

Con respecto al alcohol, la idea de “normalidad” en el consumo de alcohol y su asociación con elementos positivos (hacerse mayor, integrarse en el grupo de iguales, conseguir éxito social y sexual), se refuerza constantemente a través los medios de comunicación y la publicidad. Adolescentes entrevistados en un estudio (14, 15, 16) manifiestan que la publicidad incita a beber, que les presenta productos desconocidos que luego ellos prueban y que “si fuera malo no estaría permitido anunciarlo”. Y la realidad es que si ponemos la radio o la televisión cualquier día de la semana en cualquier cadena, podemos oír o ver anuncios de cervezas, vinos, cava, sidra, crema, ponche, fino, o licores en horario legal de protección del menor, e incluso en los bloques publicitarios de programas infantiles, y además casi siempre asociados al éxito social, sexual o a un mayor rendimiento físico. También, se pueden ver series que, entre sus escenarios principales, cuentan con bares donde los protagonistas, a veces personajes menores de edad, pasan parte de su tiempo y consumen bebidas alcohólicas como forma de ocio. Y si hablamos del deporte, los “goles” suelen ir siempre asociados a marcas de bebidas alcohólicas. Los estudios científicos en este tema señalan que “la publicidad del alcohol en todas sus posibles maneras ejerce una influencia muy fuerte en el consumo adolescente y juvenil” y que “la publicidad del alcohol contribuye de forma directa al aumento del consumo”.

Resulta evidente, como dice Amando Vega (17), que las principales fuentes de información sobre las drogas, proceden de jueces y policías. Se ofrece, entonces, una información con unas características muy especiales, al responder a una problemática social desde una perspectiva muy concreta. Es evidente que una buena utilización de este recurso puede facilitar el avance en la solución de la problemática de las drogas.

En la actualidad, las representaciones sociales de las drogas en España se encuentran en dos ejes principales, entre los cuales, las actitudes ideológicas marcan el análisis. En el marco de los dos ejes, encontramos una actitud proteccionista junto a actitudes permisivas, hacia la presencia de drogas en la sociedad. Casi todas las actitudes giran en torno a la edad, la experiencia social e histórica, la ideología.

Si miramos el Informe Quiral de 2009 (18), encontramos que las drogas están presentes entre los principales temas que abordan los 5 periódicos más importantes de España, en concreto en el número 20.

Tópicos	Nº de textos	Tópicos	Nº de textos
Gripe A	3200	Neurociencias	129
Alberto	996	Niños	127
Cáncer	336	Enfermedades infecciosas	125
Atención Sanitaria	320	Fármacos	119
Dietética y Nutrición	290	Deportes	117
Anticonceptivos	283	Tabaco	107
Sexualidad y reproducción	268	Piel	105
Reproducción asistida	230	Donación de órganos	101
Eutanasia	222	Técnicas de diagnóstico	98
Hospitales	218	Población y demografía	96
Sida	217	Cosmetología y estética	93
Personalidades	195	Publicaciones	93
Legislación	191	Alzheimer	84
Colectivo sanitario	186	Prevención	80
Trastornos psicológicos	184	Medicinas alternativas	75
Obesidad	178	Alcohol	70
Trasplantes	178	Premios	70
Salud	172	Accidentes	67
Calidad de vida	168	Bioética	67
Drogas	167	Enfermedades cardiovasculares	64
Reforma sanitaria	167	Ejercicio físico	62
Técnicas de tratamiento	165	Parto y cesárea	62
Células madre	152	Instituciones	60
Vacunas	151	Víctimas y medicina humanitaria	59
Deportes (dopaje)	148	Evolución	59
Política sanitaria	139	Transgénicos	59
Investigación	134	Embarazo	54
Industria farmacéutica	132	Eventos	53
Negligencias	131	Dolor	51

En ese entorno, la droga (mejor dicho, las drogas ilegales) ha ocupado un espacio importante en los medios de comunicación, convirtiéndose en algunos momentos en fenómeno social, indeseable.

Si hacemos un repaso histórico, podemos encontrar que al analizar los titulares de las informaciones relativas a la droga en la mitad de los 80 y primeros de los 90 es que esta palabra aparecía ligada a otras como Delincuencia, Inseguridad ciudadana, Marginación:

- ⇒ M.P. Oliva, en *Comunidad y Drogas* (1986) (19) hablaba que en un análisis de contenido de los titulares de prensa, aproximadamente un 60% de las veces, la palabra droga está asociada a las palabras Atraco, Asalto, Tiroteo y Muerte, por este orden de frecuencia. Otro 35% de las informaciones asocian la palabra droga a los conceptos de Sobredosis, Adulteración y Muerte.
- ⇒ Un año posterior J.L. Prieto (20) y B. García, J. Menor y A. Perales (21) escriben que la imagen que presenta la prensa acerca de las drogas está centrada en aspectos punitivos, con una inclinación formal al mundo del delito y de los accidentes. La información aparece en secciones de ámbito regional/local, sociedad, sucesos y nacional (por este orden), con una visión de conducta desviada, al haber en las noticias una mayor presencia de los policías (22,8%) que de los médicos (1,9%). Ello hace que la droga, en opinión del autor, refleje la visión del drogadicto-delincuente más que la del drogadicto-enfermo. Los autores planteaban la necesidad de un discurso informativo más plural y polifónico, más centrado en los puntos de vista de todos los agentes sociales y más atento a las necesidades sociales
- ⇒ Por su parte, la televisión (22) ha hecho que el tema droga tenga un determinado estereotipo: asociación constante con temas represivos y policiales, escasa profundidad de la información que se pierde en anécdotas y casos particulares, marginación de la vertiente sanitaria y preventiva en relación con la droga y uso de la noticia como materia “comodín” en el contexto de otras noticias que tienen mayor audiencia.
- ⇒ De los más de 20 millones que ven cada día la TV durante más de tres horas de media, encuentran una relación poco clara entre lo que dice y siente sobre la droga, al valorarla como una relación compleja de atracción-repulsión. En una monografía sobre la Droga y la televisión (23), se plantea que el discurso televisivo sobre el mundo de la droga es esquizoide, dividido entre la fascinación y la aversión, en un claro-oscuro del esquema y del estereotipo. Se afirma que la relación de la televisión con el mundo de la droga es ambigua e indefinida (le obsesiona y ocupa cada vez más su atención y a la vez oculta su realidad más esencial), que el discurso es disperso, contemplativo e ineficaz, que además moraliza muy esquemáticamente sobre la droga, haciendo una formulación rígida, simple y esquemática de las noticias que aparecen y además todo lleno de tópicos, que le lleva a sobre-representar el mundo delictivo asociado a la droga y sobre todo a la heroína.
- ⇒ Todos estos elementos han hecho que J. Funes (24) haya definido la relación entre medios de comunicación y drogas como una crónica del desamor (18),

explicando con las palabras de E. Madueño, periodista de La Vanguardia que “nosotros no sabemos explicar bien el mundo de la droga, pero cuando lo hacéis vosotros los expertos, resulta extraordinariamente aburrido” o con las de M. Campo, de la Cadena SER, que explica que la información sobre drogas es una fotografía borrosa y movida, pero una fotografía al fin, de una realidad que no se inventan los periodistas.

- ⇒ Otros autores (25) apuntan que en toda esta crónica faltan algunos actores y en concreto apunta a los propios afectados, a las personas drogodependientes y sus familias.
- ⇒ Además, en un informe del Centro francés Didro (26), se afirma que el espectáculo televisivo de las toxicomanías no tiene un carácter preventivo ni desarrolla a fondo los argumentos, sino que desarrolla las imágenes sobre medidas, sobre actuaciones y donde la droga es accidental. Junto a ello, la radio trata la información de la droga en caliente, en directo, con mensajes espontáneos, contradictorios, breves, inmediatos, instantáneos e ininterrumpidos.
- ⇒ Amando Vega (17) constata que empresas que colaboran en campañas de tipo preventivo en relación con las drogas, no tiene empacho alguno en contribuir al mismo tiempo en la publicidad de cualquier producto capaz de crear dependencia. Pero llama más la atención constatar que este valor “salud” se utilice precisamente para vender bebidas alcohólicas, medicamentos y tabaco, entre otros productos: estos mensajes contribuyen “a la aceptación e integración del alcohol como elemento positivo y deseable, así como al mantenimiento de un entorno favorecedor y permisivo que validará el consumo de esta sustancia”. Asimismo, comenta que asocian el consumo de drogas (tabaco) “a las últimas modas en el estilo de vida, de vestido, y los espectáculos” y relacionan su consumo “con el vigor juvenil, el éxito social, sexual, profesional, la inteligencia, la belleza, la sofisticación, la independencia, la masculinidad y la feminidad”.
- ⇒ En un estudio que realizamos sobre las drogas de síntesis y los medios de comunicación (27, 28, 29, 30) pudimos ver que en un determinado momento social, las drogas de síntesis y los medios de comunicación mantenían una relación muy estrecha, al aparecer nombres como éxtasis, rave, píldora del amor, Chicago House, Acid House, new age, cultura underground, after hours, ruta del bakalao, speed, anfetaminas, Eva, drogas de diseño o siglas como, LSD, MDA, MDMA, DOM, DEA en los medios de comunicación. J. Gamella y

A. Álvarez apuntan que en 1987 aparecieron algunos reportajes y editoriales en relación al éxtasis en diversos diarios y revistas de nuestro país; un ejemplo de ello fue la Ruta del Bakalao que generó mensajes del tipo de que las drogas de síntesis se consumen bebiendo agua, no producen adicción y son drogas que ayudan a divertirse bailando todo el fin de semana. Esta buena imagen transmitida por los medios de comunicación y captada rápidamente por los jóvenes, contrastaba con la deteriorada y desprestigiada imagen de los heroínómanos.

⇒ El tratamiento que le daba a las noticias en El País (27) iba ligado a detenciones, inmovilizaciones, tráfico, confiscación, elaboración ilegal ligada a la cárcel, condenas, desmantelamiento de laboratorios, hallazgos, control, red de matones, venta por correo o incautación. Una segunda visión del tratamiento de las drogas de síntesis en El País lo encontramos asociado al Consumo. Así, encontramos: “La mayoría de consumidores tienen entre 16 y 30 años”, “Se amplía el consumo”, “Desciende la edad de los consumidores”, “Espectacular aumento del consumo de éxtasis”, “Crece el consumo de éxtasis en toda Europa”, “Aumenta el consumo de ecodrogas”, “El éxtasis verde agotado” o “El consumo de drogas de síntesis se consolida”. Un tercer elemento tratado por el periódico El País es los efectos sobre la Salud. La visión de los efectos para la salud que se trasmite es de muerte, de gran amenaza para los adolescentes, de gran problema, de daños irreparables para el cerebro, de órganos dañados o de peligro. A nivel político sobre consumo y prevención encontramos menos noticias. En las 43 noticias del periódico El País hay una noticia sobre una campaña contra las drogas de síntesis, junto a algunas que hablan de las acciones públicas como “El Plan de Drogas alerta sobre el éxtasis verde”, “España ya no es el paraíso de las drogas de síntesis” o “EE.UU. alerta sobre los peligros de la efedrina”. Además, encontramos que el cantante Sting defiende la legalización del éxtasis, ligado a un mayor control de la calidad o que se plantean acciones del tipo de “Prohibición de 2 drogas” o “Las discotecas cierran filas ante el éxtasis”. Por último, podemos encontrar algunas noticias ligadas a una promoción de lo que son las drogas y de sus efectos (“Hamburguesitas, canal plus, ovnis, píldora roja”, “Una pastilla en la boca de cualquiera”, “Hay mil caminos / cualquier hora / cualquier sitio / cualquiera las vende / pastillas y música / pastilla para trabajar / nadie roba por una pastilla / efectos agradables de una pastilla / efectos mortales, pero de una mala dosis” o “Drogas de diseño: para devorar frenéticamente el tiempo. Para relacionarse

sin inhibirse”. Juan Gamella en un reportaje comenta que “las drogas encierran tanto poder y magia que nublan la razón con pensar en ellas” y que ante ellas, el amenazar con sus peligros puede funcionar como señuelo en busca de la excepcionalidad, la transgresión e incluso el riesgo.

- ⇒ Otro ejemplo del tratamiento de las drogas (31) es el que ocasionó el proyecto PEPSA de heroína como medicamento de la Junta de Andalucía. Previo al inicio del proyecto, más de 1.000 noticias aparecieron en los medios de comunicación, siempre en función de la ideología del medio. Una buena estrategia de comunicación, basada en una buena relación con los medios y adelantarse, permitió conseguir que los medios fueran un aliado del proyecto, casi un garante de su éxito.

Pero, esta visión de hace unos años, se sigue manteniendo en algunos aspectos en la actualidad. Así, en un artículo de J. Martín en Claves de Razón Práctica (32), que podríamos escribir ahora, afirma que los asuntos relacionados con las drogas son tratados escasamente en la prensa y además en ocasiones por las personas que están en la sección de sociedad, otras veces por los encargados de cubrir tribunales y en algunos casos, por los periodistas que se ocupan de las páginas de política, por tanto, por personas que conocen el tema superficialmente.

Al buscar las fuentes de información del tema de la droga, la inmensa mayoría de las mismas tienen su origen en las fuerzas de seguridad (la Policía, la Guardia Civil o los funcionarios de Vigilancia Aduanera) basadas en el éxito al incautar un alijo, al detener a personas, cuando se produce algún muerto o cuando tienen que vigilar una manifestación de vecinos que protestan por la presencia de traficantes en su barrio.

Las investigaciones (33) evidencian que el inadecuado tratamiento por los medios de comunicación de los temas relacionados con las drogas desemboca en problemas que más que prevenir dificultan la tarea educativa. En este artículo su autora presenta reflexiones críticas para resaltar la importancia y la gran responsabilidad de los medios de comunicación como poderosos instrumentos que influyen decisivamente en la conducta de las personas.

Un ejemplo reciente ha sido el escuchar en la radio, ver en televisión o leer en la prensa varias noticias sobre una supuesta droga que causa canibalismo en aquellas personas que la toman (34). La noticia saltó a la escena mediática tras la detección de varios casos en la isla de Ibiza. Se citan términos como ‘agresividad’, ‘episodios de violencia extrema’, ‘mordiscos’, ‘canibalismo’ e incluso ‘apocalipsis

zombie'. Pero no existe ningún dato objetivo para considerar que los episodios de agresividad o violencia acontecidos en Ibiza fueran provocados por el consumo de MDPV como causa necesaria ni suficiente. Ante ello, los profesionales del ámbito de las drogas y los medios de comunicación tenemos una responsabilidad común de informar sobre drogas de una manera ajustada a la realidad, lejos de simplificaciones, alarmismos y mensajes no contrastados. De lo contrario, corremos el riesgo de perder prestigio y credibilidad, sobre todo delante de los consumidores, efectivos o potenciales. El uso de leyendas o de informaciones no contrastadas con fines sensacionalistas y/o alarmistas contribuye a dar publicidad a prácticas potencialmente peligrosas y a aumentar la posibilidad de que alguien se decida a practicarlas.

Asimismo, encontramos que las campañas en los medios de comunicación para la prevención del consumo de drogas en los jóvenes de los Estados Unidos, Canadá y Australia, no permiten llegar a conclusiones sobre los efectos positivos, lo que genera la necesidad de ahondar en el abordaje a realizar (35). Por otra parte en un estudio sobre el papel de los medios en el consumo de alcohol de los jóvenes podemos ver que los expertos entrevistados perciben que los medios de comunicación desempeñan un importante rol educativo en el consumo de alcohol e identifican aspectos clave en el comportamiento de los medios que suponen factores de riesgo para el consumo en los adolescentes, como el modelado en hábitos no saludables, imagen sesgada del adolescente y falta de rigor en la información.

Desde el punto de vista de la prevención, Cristian Suárez, Gonzalo Del Moral, Gonzalo Musitu y María Villarreal-González (36) plantean como conclusiones que se observa un comportamiento contradictorio en la forma de actuar de los medios. Por una parte, los medios incluyen entre sus contenidos campañas de prevención pero, por otro, como señalan los expertos del estudio, dan un tratamiento al alcohol (en cuanto a contenidos generales, información, horarios de emisión, etc.) y muestran un ideal de adolescente muy alejado de la realidad, que fomentan el inicio en la bebida y el consumo abusivo. Teniendo en cuenta la capacidad de influencia del entorno mediático o audiovisual en la conceptualización que realizan los adolescentes del alcohol y que las estrategias preventivas del consumo necesitan involucrar a todos los agentes socializadores del adolescente, sería recomendable que los medios de comunicación no limitasen su participación en la labor preventiva a ser un mero trasmisor aséptico de los mensajes generados por otros agentes (poderes públicos, familia, escuela, etc.) sino que su propio comportamiento formara parte de dichas estrategias. Y plantean: especialización de los profesionales que construyen e interpretan

las noticias que tienen como protagonistas a los adolescentes y el consumo de sustancias (en este caso, el alcohol), ofrecer contenidos audiovisuales destinados a los jóvenes que ofrezcan modelos en hábitos saludables y evitar, en la medida de lo posible, aquellos otros que favorezcan el desarrollo de expectativas concretas sobre las consecuencias positivas derivadas del consumo.

Otros estudios son pesimistas en cuanto al papel preventivo de los medios de comunicación (37): la mayoría de los textos sólo se refieren al tema de las drogas en la vertiente del tráfico y priman la visión del drogadicto como delincuente, presentan de manera espectacular y frívola las noticias en las que algún famoso se relaciona con el consumo de drogas (sobre todo en las revistas juveniles), la presencia de las fuentes de la información son escasas y poco o nada especializadas y cuando aparecen informaciones sobre prevención, lo hacen vinculadas al ámbito político y no tratan sobre las campañas o acciones de ciudadanos o instituciones. En un cuanto a la comparación con los medios de comunicación de Reino Unido, las conclusiones son semejantes: las noticias son de baja intensidad, poco profundas y casi nunca contrastadas por expertos, al igual que en España. En cuanto a las campañas publicitarias de prevención de drogodependencias, generalmente compuestas por anuncios televisivos, cuñas de radio y folletos o tarjetas, se dirigen a una población de entre 13 y 25 años, se centran fundamentalmente en el consumo de cocaína, seguido del alcohol y alguna propuesta sobre la prevención de otras drogas como el cannabis, las drogas de diseño y la heroína. Los temas que resaltan son las consecuencias negativas del consumo, incluso el peligro extremo, y las alternativas a una vida sin drogas. Las conclusiones son tan poco optimistas como las derivadas del papel de los medios de comunicación: la sociedad está tan saturada de publicidad que estas campañas no hacen mella, los adolescentes las ven más como algo destinado a sus padres, no a ellos y, por último, no se evalúa la eficacia de las campañas, por lo que no se sabe si tienen algún efecto o no.

CONCLUSIONES

- I. Los medios de comunicación son una importante fuente de información acerca de los problemas de salud. Son un agente de socialización debido a su gran credibilidad. En España, la prensa de información general, la prensa “rosa”, la radio y la TV, junto a los médicos (fuente idónea y mejor valorada) y los casos particulares de enfermedades de familiares y amigos son las fuentes de información sobre temas de salud de los ciudadanos españoles.

- II. La salud en TV (medio considerado como accesible, directo, divulgativo, familiar, abierto y ligado a la prevención) es vista como un tema que afecta a las emociones de las personas. Sus efectos son vistos a medio plazo, creando a veces confusión y alarmismo. La radio, por su parte, visto como cercanos, cómplice e interactiva, tiene como elemento positivo la introducción de dosis de salud en cualquier programa, aunque ven difíciles los efectos en los cambios de hábitos al no tener imágenes.
- III. La droga, o mejor dicho las drogas ilegales, han ocupado un espacio en los medios de comunicación. Las palabras que estos ligan a la droga (delincuencia, inseguridad, marginación, atraco, asalto, muerte, sobredosis, adulteración) reflejan la visión del Drogadicto-Delincuente, asociado a temas represivos y policiales sobre la del drogadicto-enfermo.
Por tanto la visión que nos dan de los drogadictos, los medios de comunicación es algo esquemática y con muchos tópicos, sobre representando el mundo delictivo. Ello genera una visión del mundo de la droga ambigua e indefinida, al no tener un carácter preventivo ni desarrollar afondo los argumentos. Muchas de las noticias provienen de las Fuerzas de Seguridad del Estado.
- IV. Las drogas de síntesis son las drogas mejor tratadas por los medios de comunicación. Junto a informaciones ligadas a la muerte, adulteración o detención encontramos cierta Mitificación de las sustancias al encontrarla relacionada con el baile, la música, las virtudes afrodisiacas y sensoriales, el poder del estímulo erótico, la juventud, la transgresión, el agua, el fin de semana, la belleza, lo agradable o la moda (algunos de ellos tópicos falsos).
- V. En el ámbito de la prensa española, encontramos un tratamiento ambiguo. En ella, destacan palabras como detenciones e inmovilizaciones, junto a ampliación y crecimiento del consumo, daños psiquiátricos e irreparables o tóxicos mortales. Pero esta visión va acompañada de una más positiva para las drogas de síntesis que describe la sustancia, minimiza los riesgos o destaca sus efectos positivos.
- VI. En Internet y en las redes sociales, circulan muchos mensajes proactivas hacia el consumo de las drogas y es difícil si no hay una estrategia adecuada que los mensajes que hablan de reducción de daños y prevención, entren en ese contexto

RECOMENDACIONES

La línea de trabajo que proponemos se basa en un principio que dice que las cosas en el tema de las drogas además de hacerlas y hacerlas bien (38), se deben dar a conocer.

1. Desde los profesionales que trabajan en el campo de las drogas es muy importante que mejoren la relación con los periodistas. Para ello, es fundamental que procuren evitar algunas de las siguientes acciones para no conseguir Enemigos en su relación con los profesionales de los medios de comunicación:
 - no contestar llamadas de los periodistas
 - pasar de los periodistas
 - ser evasivo en las respuestas a los periodistas
 - engañar a los periodistas con informaciones falsas
 - dar información sólo a los medios afines.

El propósito debe ser el dar a conocer a la opinión pública todos aquellos hechos y noticias (positivas y negativas) que puedan revestir interés general, por lo cual se debe ayudar a los periodistas a realizar su labor informativa del tema drogas, completando y equilibrando informaciones muchas veces inclinada hacia la información proveniente de la policía (por propia iniciativa o a requerimiento de los medios de comunicación) (39).

2. Tener una actitud activa, positiva y transparente hacia la prensa, radio y T.V., que permita hacer saber las cosas que se hacen en los servicios de prevención y tratamiento de las drogas (40).
3. Existencia de comunicación planificada (41) para romper con las reticencias que los medios de comunicación generan en los responsables sociosanitarios y viceversa. Planificar la incorporación de los mensajes positivos del trabajo de prevención en el tema de las drogas en los medios, mediante una estrategia tipo “guerra de guerrillas”, que tenga en cuenta que se tiene que hacer en varios frentes, y que se tiene que orientar el mensaje:
 - ◆ a la competición con otras noticias en la sección de sociedad,
 - ◆ buscando conscientemente los momentos y las perchas para facilitar la entrada de los mensajes,
 - ◆ estableciendo los oportunos contactos con los periodistas,
 - ◆ informando de forma breve, simple y clara,
 - ◆ hablando o escribiendo los mensajes de lo concreto a lo abstracto, de lo cercano a lo lejano y del ejemplo a la noción,
 - ◆ y además con un solo mensaje (un par de martillos para clavar un solo clavo),
 - ◆ dirigiendo el mensaje al corazón y no solamente a la cabeza,

- ◆ utilizando las Ruedas de Prensa (para temas de gran trascendencia, y con la idea de no discutir y no divagar),
 - ◆ con Notas de Prensa (que deben ser breves, interesantes, actuales y veraces, empezando siempre por lo más noticioso y con un título),
 - ◆ realizando Entrevistas en donde la espontaneidad, el vocabulario simple directo y familiar y el no andarse por las ramas distinguiendo lo importante y evitando lo marginal son algunas de las claves para un mejor posicionamiento de la prevención de las drogas en los mismos.
4. Tener claro que el silencio no es rentable y que si los responsables y técnicos que trabajan en drogas no informan lo hará la policía y las Fuerzas de Seguridad del Estado. Visión de las drogas en los medios, también en aspectos preventivos y de promoción de salud (42).
 5. Realización de Jornadas conjuntas de trabajo entre periodistas-jefes de redacción y responsables y técnicos del tema de drogas para mejorar la relación y el conocimiento mutuo (43). Está claro que todo lo apuntado favorecería el conocimiento mutuo, la existencia de un encuentro saludable, lo cual haría que no sólo las malas noticias sean noticia. Parece evidente que para conseguir una colaboración entre el sector salud y los mass-media se debe trabajar de forma diferente. Por ello, es importante tener en cuenta que:
 - ☐ En el caso de que los periodistas tergiversen, no se tiene qué pensar que es por mala intención del periodista o del medio, sino por el desconocimiento que tenemos desde el sector de profesionales de drogas a la hora de buscar el acercamiento con los periodistas y los medios.
 - ☐ Aumentar los conocimientos entre los profesionales de los media sobre las necesidades y prioridades del sector drogodependencias, promocionando encuentros conjuntos sobre temas específicos, puede ser una buena solución.
 - ☐ Fomentar que los profesionales de la salud y de las drogodependencias y la organización de los medios trabajen conjuntamente dentro de una dinámica de transparencia.
 6. Buscar ser fuente informativa cercana (44) para que la información “científica” sobre drogas no provenga casi siempre de las agencias multinacionales. Además cuando las fuentes cercanas son utilizadas, es necesario que los responsables y técnicos en drogas utilicen un lenguaje sencillo y comprensible. Para ello es

necesario la formación en comunicación (45). En los mensajes hay que saber enfatizar los aspectos más positivos con los que un ciudadano se irá encontrando en un servicio de prevención o tratamiento de las drogodependencias, con un formato basado en el ejemplo antes que en la noción o el concepto.

7. Buscar que en la sección donde se meten los temas sanitarios y de drogas -Sociedad- no sea un cajón de sastre donde se meten temas muy diversos, sin especialistas sobre los temas sociosanitarios. Ello facilitaría que los temas de salud (y en ellos los de drogas, en demasiadas ocasiones tratado en secciones de sucesos o de tribunales) tuvieran el peso y el tratamiento adecuado que le da el conjunto de la sociedad. Ello nos acercaría a una visión del drogadicto-enfermo más que el habitual drogadicto-delincuente (45).
- Conocer las prioridades de los medios de comunicación (46) (vender el mayor número de ejemplares posible o tener un número importante de oyentes o televidentes mediante noticias que provengan de fuentes creíbles) y buscar la cooperación a todos los niveles. La única forma de establecer contactos satisfactorios con los medios de comunicación consiste en ayudar a los periodistas en función de sus necesidades y asegurar su libre acceso a la información sobre las drogas. Ello implica no improvisar, no explicarse mal, prepararse las cosas, tener argumentos preparados cuando existen situaciones de conflicto, y no enrollarse.

Es importante tener en cuenta que a los responsables de la información solamente les interesan las noticias y los acontecimientos actuales para sus artículos y reportajes. Además, hay que tener en cuenta que los periodistas disponen de la información proveniente de varias fuentes, a partir de las cuales conforma su opinión y la presenta. Hay que tener en cuenta que en estos momentos ante la inmensa cantidad de información de que se dispone en el tema de las drogas, es fundamental hacer una predigestión y preselección del material informativo.

9. Investigar a los líderes y gestores de los medios de comunicación, a nivel de intereses, ideologías y actitud habitual ante el sector de las drogodependencias. Está claro que la ideología del medio puede intervenir como silenciador de ciertas noticias o destacando demasiado otras. Asimismo, será importante realizar investigaciones sobre los efectos de los mensajes de drogas que aparecen en los medios de comunicación. En esta línea, algunos estudios hablan de que las series españolas o las telenovelas de los países iberoamericanos son útiles para difundir mensajes saludables (la importancia del abandono de la

adicción al alcohol o de tomar medidas contra el sida o las toxicomanías) (46). Sin duda, puede ser una línea a desarrollar.

10. Para mejorar la información sobre la salud se recomienda establecer plataformas de comunicación y participación entre el sector especializado en drogas y los medios de comunicación, fomentar el conocimiento mutuo de las necesidades de cada grupo profesional que interviene en el proceso y deslizar al máximo la información en materia de drogas de las presiones e influencias políticas (45,46).
11. En definitiva, las propuestas deberían ir en dos niveles (47): estructurales o institucionales, es decir, orientaciones que superan la actuación concreta de los periodistas y que afectan más bien a los empresarios y directivos de los medios, así como a las autoridades gubernamentales y sanitarias en colaboración con los anteriores; y personales, es decir, que comprometen a los informadores en su actividad profesional como tal, por tanto, relativas a su conciencia profesional.
12. Trabajar para que las redes sociales sean un aliado de la prevención (48). Para eso es fundamental estar en las redes sociales, tener presencia activa, hacer una estrategia de estar en las distintas redes sociales, contestar a mensajes que fomentan el consumo sin control, dar mensajes continuados favorables a la prevención. Hay que ir hacia un modelo 2.0 de prevención. Las redes sociales características de la web 2.0 puede ser una vía adecuada para diseminar mensajes preventivos entre los actuales adolescentes y jóvenes, definidos como "nativos digitales. Se trata más bien de aprovechar las posibilidades de estos entornos para reinventar los formatos, los soportes y las dinámicas de la prevención hacia una *prevención 2.0*.

Todo ello ira en beneficio de los ciudadanos y de los propios servicios sanitarios y sociales que trabajan en drogodependencias, ya que una buena relación con los medios de comunicación puede ser un buen instrumento preventivo de este problema de salud tan importante como son las drogodependencias.

BIBLIOGRAFÍA.-

1. March JC, Burgos R. (editores). Medios de comunicación y trasplante de órganos. Granada: Escuela Andaluza de salud Pública, 1997.
3. Chapman S, Lupton D. The fight for public health. London: BMJ 1995: 17.
4. Simpkins and Brenner. Mass media communication and health. En Dervin B, Voigt MJ, editores. Progress in communication sciences Norwoo, NJ: Ablex, 1984; 5: 275-97.

5. Arnston P. Improving citizen's competencies. *Health communication* 1989; 1: 20.
6. Jones EF, Beniger JR, Westoff CF. Pill and IUD discontinuation in the United States 1970-1975: the influence of the media. *Family planning perspectives* 1980; 12: 293-300.
7. Domenighetti G, Luraschi P, Cassabianca A et al. Effect of information campaign by the mass media on hysterectomy rates. *Lancet* 1988; 2: 1470-3.
8. Kristiansen CM, Harding CM. Mobilization of health behaviour by the press in Britain. *Journalism Quarterly* 1984; 61: 364-70, 398.
9. Mazur A. Media coverage and public opinion on scientific controversies. *J Communication* 1981; 31: 106-15.
10. Freimuth VS, Van Nevel JP. Reaching the public: the asbestos awareness campaign. *J Communication* 1981; 31: 154-167.
11. Cronholm M, Sandell R. Scientific information: a review of the research. *J Communication* 1981; 31: 85-96.
12. Revuelta G. Salud y medios de comunicación en España. *Gaceta Sanitaria* Volume 20, Supplement 1, March 2006, Pages 203–208
13. Proyecto EEC Difusión de la salud. Informe de resultados en España. Proyecto Broadcasting and Health. EEC: 1998.
14. March JC, Prieto MA. Incoherencias en la prevención del alcohol en adolescentes http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/10/29/actualidad/1351513716_088094.html
15. March JC. Consumo de alcohol en adolescentes de 12 a 17 años. <http://es.slideshare.net/joancmarch/consumo-de-alcohol-en-adolescentes-de-12-hasta-17-aos-opinin-de-adolescentes-padres-profesorado-y-sanitarios>
16. March Cerdá, JC et al. Posicionamiento de padres y madres ante el consumo de alcohol en población de 12 a 17 años en el ámbito urbano de seis Comunidades Autónomas. *Gac Sanit* [online]. 2010, vol.24, n.1 [citado 2014-11-22], pp. 53-58. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112010000100009&lng=es&nrm=iso. ISSN 0213-9111.
17. Vega Fuente, A. Las drogas y los medios de comunicación: ¿prohibir o domesticar? Apuntes para una nueva enseñanza-aprendizaje. *Enseñanza*, 22, 2004, 369-389.
18. Informe Quiral 2009. http://www.fundaciovilacasas.com/es/salud-iinforme-quiral/informe-quiral-2009/_pub:13/
19. Oliva MP. Los medios de comunicación social ante las drogodependencias. *Comunidad y Drogas* 1986; 1: 65-73.
20. Prieto JL. La imagen de la Droga en la prensa española. *Comunidad y Drogas* 1987; 4: 29-45.
21. García B, Menor J, Perales A. La imagen de la droga en la prensa española. *Comunidad y Drogas* 1987; Monografía nº 2.
22. Costa P-O, Pérez Tomero JM, Montero MD. La información sobre "Droga" en la televisión en España. *Comunidad y Drogas* 1988; 10: 31-46.
23. Costa P-O, Pérez Tomero JM. Droga, televisión y Sociedad. *Comunidad y Drogas*. 1989; Monografía nº 8.
24. Funes J. Drogas y comunicación: todos los elementos para una crónica del desamor. *Comunidad y Drogas*. Monografías 1991; 14: 11-23.

25. Puig de la Bellacasa R. Medios de comunicación y la percepción de soluciones. Introducción temática. Comunidad y Drogas. Monografías 1991; 14: 25-39.
26. Centro Drodís. Las Toxicomanías. ¿Cómo hablar de ellas?, ¿Quién dice algo y a quién? Comunidad y Drogas. Monografías 1991; 14: 131-141.
27. March JC. Medios de comunicación y Drogas de Síntesis: Análisis de contenido del tratamiento del diario EL PAÍS del tema de las drogas de síntesis.
28. Gamella JF, Alvarez A. Drogas de síntesis en España: Patrones y tendencias de adquisición y consumo. Madrid: Plan Nacional de Drogas. Ministerio del Interior, 1997.
29. FAD. Boletín de Prensa Diciembre 1996. Madrid: Publicaciones FAD, 1996.
30. Salmerón A, López-Iturriga M, Elola J, Navarro C, Melchor P (con la colaboración de Gamella JF y Álvarez A). Extasis. EL PAÍS de las TENTACIONES. EL PAÍS. Viernes 19 de enero de 1996.
31. Martín J. Drogas de síntesis y medios de comunicación. Claves de Razón Práctica 1998; 87: 68-71.
32. March JC. Una nueva estrategia contra la heroína. http://elpais.com/elpais/2014/02/28/planeta_futuro/1393615463_892399.html
33. Rosa del Olmo. Los medios de comunicación social y las drogas. Ed Universidad de Huelva. <http://hdl.handle.net/10272/639>
34. <http://vozpopuli.com/actualidad/46353-desmontando-el-mito-de-la-droga-canibal-vuelve-locos-a-los-periodistas-no-a-los-consumidores>
35. Ferri M, Allara E, Bo A, Gasparini A, Faggiano F. Campañas en los medios de comunicación para la prevención del consumo de drogas en los jóvenes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 6. Art. No.: CD009287. DOI: 10.1002/14651858.CD009287
36. Suárez Relinque C, Moral del Arroyo G, Musitu Ochoa G, Villarreal González ME. Medios de comunicación y consumo de alcohol en adolescentes ¿qué dicen los expertos? Health and addictions: salud y drogas, ISSN 1578-5319, 2013, Vol. 13, 2: 99-108.
37. Paricio Esteban P (coord.), La prevención de las drogodependencias. Los medios de comunicación: cómplices necesarios. Barcelona: Erasmus Ediciones, 2011.
38. Nelkin D. Selling science WH Freeman and co. New York. 1987.
39. Atkin C, Arkin EB Communicating health information. En Atkin C, Wallack L, editores. Mass communication and public health SAGE: Newbury Park, London, New Delhi, 1990: 38.
40. Brown JD, Einsiedel EF. Public Health campaigns: mass media strategies. En ray EB, Donohew L, editores. Communication and health. NJ: Erlbaum, 1990: 153.
41. Consejo de Europa. Cooperación con los mass-media. Comunidad y Drogas. Monografías 1991; 14: 147-160.
42. Wallack L. Mass media and health promotion. En: Atkin C, Wallack L, editores. Mass communication and public health SAGE: Newbury Park, London, New Delhi, 1990: 38.
43. Warner KE. Television and health education: stay tuned. American Journal of public health 1987; 77: 140-2.
44. Mora J, Rodríguez IR. Los materiales didácticos de prevención de las drogodependencias: revisión de la experiencia española. Idea Prevención 1996: 13: 67-79.
45. Marina PA. La información sobre drogas en Internet. Idea Prevención 1996; 12: 63-74.
46. Rodríguez E, Megías E. Una aproximación al cambio en las representaciones sociales de las drogas en España. Trastornos Adictivos Volumen 3, 3, 2001: 181-192.

47. González, N. Estudios sobre droga y medios de comunicación en España http://www.unav.es/fcom/communication-society/es/articulo.php?art_id=268#C04
48. Foro La sociedad ante las drogas. Grupo de trabajo Ocio y Nuevas tecnologías. Las Redes sociales, los jóvenes y la prevención de las drogodependencias. 2010 <http://www.pnsd.msc.es/novedades/pdf/OcioyNuevasTecnologias.pdf>.

Sección 2.

Síntomas y Reconocimiento.

Las ciencias biológicas también están contribuyendo al estudio de la mente humana, a través de la capacidad de tener experiencias subjetivas -conciencia- y el funcionamiento cerebral a través de la activación de las redes neuronales que determinan la conducta y la cognición.

Si los interaccionistas dualistas sostienen que cerebro y mente son entes diferentes aunque relacionados e interactuantes, no menos importantes son las teorías sobre la conciencia. Una conducta anormal nunca ha sido tarea fácil. Muchos de los trastornos descritos están fraguados con límites difusos y trastabillan unos con otros. Podemos decir que las diferencias son una cuestión de grado, de matices, y seguimos y buscando mejores indicadores que nos muestran en qué momento comienza a ser un trastorno.

- Francisco González desmenuza el capítulo ***Cuando beber no es divertido: vigencia del concepto sindrómico de la dependencia del alcohol.*** Repasa por concepciones ya instauradas en los años 70 del siglo pasado, señala las pretensiones de alcanzar un consenso sobre la terminología que se venía aplicando a los problemas relacionados con el consumo de drogas, definir un marco conceptual sobre el que desarrollar definiciones y criterios, así como para definir nuevas líneas de investigación. La delimitación de este síndrome nace de la experiencia clínica y se propone como un punto de partida para la investigación. Como los propios autores reconocían en su artículo, “en este momento está en un estado de impresión clínica”.

Las primeras concepciones sobre las conductas adictivas otorgaron un papel central al síndrome de abstinencia. Los síndromes de abstinencia al alcohol, a los

opiáceos y a las benzodiacepinas vienen definidos fundamentalmente por síntomas de naturaleza “somática” y esto ha llevado a una cierta confusión, ya que se ha considerado a éstos como patrones de referencia, llevando a la conclusión que el síndrome de abstinencia a los estimulantes o a la nicotina no existían o bien que eran de índole “psicológica”.

- Marta Hernández García y Antonio Terán en su capítulo sobre ***La patología dual. Comorbilidad en la clínica y en las cuestiones que no se difunden. ¿Invento o realidad?*** Se suceden definiciones, nacimiento del concepto, su alta prevalencia y las consecuencias asociadas a esta comorbilidad: impacto negativo en el curso de ambas enfermedades, menor adherencia y más dificultades de cumplimentación del tratamiento, etc.; han propiciado una creciente preocupación en este campo y una amplia difusión en la literatura científica de los últimos años. Hasta los desarrollos en la actualidad, donde el término *Patología Dual*, no sólo es controvertido, sino que no es fácilmente aceptado e incluso es rechazado por una parte de los profesionales implicados en el tratamiento de las conductas adictivas y la salud mental.

Al estudiar las consecuencias clínicas, aparece en escena la relación entre el consumo de drogas y los trastornos mentales que pueden tener diversas asociaciones, sin olvidar los diagnósticos y tratamientos.

- Señala Carlos Sirvent autor de ***Adicción y perpetuación del sentido de irrealidad***, como la persona adicta vive en un estado parecido a la ensoñación que perturba su consciencia y acorta su tempo interno. Pero cuando se restablece, el fenómeno persiste transformado en una sensación de extrañamiento y desrealismo que le confunde y le puede hacer dudar si su verdadero estado de conciencia es el de adicto y no el de sobriedad desconcertante.

Ha habido una tendencia a abordar este fenómeno en consumidores pero no en personas abstemias, algo sustancial para calibrar su consciencia, su forma de estar en vida cotidiana. Realizada una revisión conceptual, muestra un estudio cualitativo con ex-adictos que contribuye a ubicar psicopatológicamente el síndrome. Destaca la importancia terapéutica de elucidar y abordar el síndrome de extrañamiento, sorpresa y desrealismo del ex-adicto. Hay síntomas que toman con el tiempo, a la despersonalización junto a una sensación de vacío existencial que suele acompañar en el proceso y que si se agudiza puede llegar a una recaída. Este sentimiento puede llegar a la desrealización, donde el entorno aparece como irreal, neblinoso, extraño o insólito. Cuando la desrealización se acompaña de despersonalización, el sentimiento de extrañeza abarcaría incluso al propio sentimiento de sí, al yo pro-

pio, al propio cuerpo. En la despersonalización hallamos a veces una afectación del espacio individual, donde «el extrañarse de uno mismo» (despersonalización) corresponde a un extrañamiento del entorno humano y del entorno constituido por cosas (desrealización), uniéndose ambos extrañamientos, unidad entre el yo y su entorno.

- Antes de llegar a los albores del siglo XXI podíamos decir que cada tres o cuatro años aproximadamente, nos encontrábamos con una nueva adicción a alguna droga de moda, aunque en el fondo y bien mirado siempre habláramos de lo mismo. En los años ochenta apareció oficialmente la ludopatía, las máquinas tragaperras tuvieron su importancia, y el poder tomar este modelo como referencia facilitó entre otras cosas, que en la posterior década de los 90 se diera un boom de adicciones sin sustancia: las líneas 906, a continuación las compras, loterías de todo tipo, el sexo, incluso se habló de la cultura del tamagochi, un considerable número de adicciones no tóxicas.

- Nos suena a algo muy lejano, del “siglo pasado”, aunque hayan transcurrido unos pocos años, eso sí, con enormes cambios en los ritmos vitales por el uso de las nuevas tecnologías. En la primera década de 2000, se popularizó todo lo que tuviera relación con Internet, los móviles, los videojuegos y en general de las TIC (Tecnologías de la Información y de la Comunicación) consecuencia del desarrollo tecnológico. Quedan abordados dos capítulos de manera sintética. Uno sobre ***Adicciones sin drogas y las nuevas tecnologías. La adicción a Internet ¿un trastorno o muchos?*** descrito por Fernando Pérez del Río e Iñaki Markez, y otro sobre ***Las apuestas deportivas en jóvenes y adolescentes: nuevas formas de juego*** realizado por Ana Estévez y Diana Crego.

Sabedores que la adicción de mayor repercusión social es la adicción al juego de azar, con todas la caracterización asociada a cualquier trastorno adictivo (preocupación obsesiva por el juego, necesidad de jugar y apostar, fracasos en los intentos de abandono, recurso como estrategia para reducir la disforia, intranquilidad e irritabilidad al intentar interrumpir ese comportamiento compulsivo, engaños en el medio familiar o pequeños actos ilegales para lograr financiación, pérdida de amistades y de oportunidades laborales, espera que otros alivien la situación causada por las pérdidas, consecuencias en las personas más próximas,...) que hace que vaya más allá de un problema individual, sin que haya un rasgo de personalidad premórbida, y si de trascendencia social con una magnitud notoria.

En esta ocasión se aborda un juego que mezcla habilidad, conocimientos y el azar: es la apuesta deportiva. A través de internet, en estos últimos años ha aumenta-

do considerablemente el consumo de las apuestas deportivas. En las adicciones sin sustancia, especialmente el juego patológico, y en el caso de la adolescencia, cuando se generan muchos hábitos y las relaciones con sus iguales, acontece una problemática con consecuencias graves para quienes lo sufren y para su entorno cercano.

Los primeros titulares en prensa sobre “la adicción a Internet”, llegaron a España a finales de los años 90, aunque siendo lo cierto que no había criterios claros para diagnosticar el trastorno, ni consenso alguno en llamarlo de tal forma. Internet es muchas cosas, también un mercado en crecimiento y, como señala el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, con un papel muy importante en la venta de drogas y en la alteración de la oferta de drogas “nuevas” o bien “antiguas”. Creciente uso de redes anónimas “redes oscuras”- para la venta de drogas a distribuidores y consumidores y aumento de disponibilidad, llevó a que este Observatorio identificara en 2013 la existencia de 651 sitios web que vendían sustancias euforizantes en Europa. Y redes que movilizan enormes cantidades de dinero sin control o sin seguimiento alguno de las recomendaciones de la Comisión correspondiente del Parlamento Europeo.

- Cuando la adicción se presenta asociada a una dependencia emocional, nos topamos con dos dependencias en principio diferentes que se pueden entrecruzar una con otra. Esto es abordado en ***La dependencia afectiva en las adicciones*** por Fernando Pérez del Río, Manuel Mestre y Roberto Verdugo. Estos autores abordan las diferentes características habituales en una persona con dependencia emocional, y describen los instrumentos de evaluación creados para determinar el grado de dependencia de las personas.

Las personas somos inter-dependientes de nuestro entorno, de nuestra familia y amistades, y la diferencia entre lo sano y lo patológico nos lo indica lo extremo de nuestros comportamientos, su intensidad y frecuencia, así como su discrepancia respecto a los comportamientos normativos o al contexto en el que tienen lugar y, sobre todo, la angustia que manifiestan las personas que padecen este problema.

Señalan la relación entre la dependencia emocional y las adicciones y finalizan con estrategias que han sido de utilidad en su práctica terapéutica.

- Porque de valorar se trata todo el bagaje terapéutico y organizativo con que contamos en la atención de las adicciones, medir con rigor los cambios en los comportamientos de las personas y en su bienestar, e investigar sobre nuevos recursos nos lleva al texto sobre ***Evaluación de las adicciones: reconocimiento, atención integrada*** elaborado por Esther García Usieto, M. Carmen Pernía, César Pascual e Iñaki Markez.

En las dos últimas décadas han sido varios los instrumentos que han pretendido lograr una fiable evaluación del diagnóstico de los trastornos mentales. Evaluar a través de información cuantificable y que incluso puede ser analizada con instrumentos estadísticos, en plena coincidencia con el positivismo científico. Poblaciones y culturas diferentes, así como orientaciones psiquiátricas, han condicionado el uso de unos y otros instrumentos que han ofrecido tasas de prevalencia de afectación por trastorno por conductas adictivas y trastornos mentales en general, en ocasiones muy variables.

La evaluación de las adicciones se plasma desde la perspectiva de enfermedad biopsicosocial con una progresiva “psiquiatrización” fundamentado en un cuerpo de doctrina basado en la medicina basada en la evidencia. Donde el abordaje de las adicciones salpica tanto a la Atención primaria como especializada, obligando a una coordinación de recursos e iniciativas si bien antes nos habremos preguntado qué tipo de intervención es la más adecuada para qué tipo de persona afectada de qué tipo de adicción o exceso, en qué tipo de contexto y en qué situación evolutiva.

Sabemos que un elevado porcentaje de dependientes tienen trastornos emocionales previos, durante o posteriormente a los consumos, que expresan sus síntomas y, por ello, requieren de su reconocimiento.

2.1.- Cuando beber no es divertido: vigencia del concepto sindrómico de la dependencia del alcohol.

Francisco González-Saiz

“Me miro y me pregunto: ¿qué ocurrió? No existe, desde luego, una respuesta sencilla. Tratar de describir el proceso que lleva al alcoholismo es como tratar de describir el aire. Es demasiado extenso, misterioso y difuso como para encajar en una definición. El alcohol está omnipresente en la vida y la mayoría de las veces uno es consciente e inconsciente al mismo tiempo. Lo único que se sabe es que se moriría sin él, y no hay un único motivo, ningún momento aislable ningún acontecimiento psicológico que impulsa al bebedor empedernido a franquear la frontera concreta más allá de la cual se halla el alcoholismo. Es un lento devenir, gradual, insidioso e inaprensible”.

Caroline, 1997 (“El alcohol y yo: una historia de amor”)

1. Introducción

Caroline Knapp (1959-2002) fue una periodista enamorada de su trabajo, columnista en el Boston Phoenix. Sin embargo, éste no fue el único amor de su vida. En 1996 publicó un libro autobiográfico que tituló *“El alcohol y yo: una historia de amor”* (1). Inteligente, valiente, con una gran capacidad de introspección, dotada por formación de importantes recursos lingüísticos aderezados por un léxico psicopatológico procedente de su padre (psiquiatra psicoanalista), estaba probablemente en las mejores condiciones para acometer la tarea de describir la historia de su tormentosa relación con el alcohol. Es una de las mejores narraciones de eso que llamamos “dependencia alcohólica”, de la compleja constelación de factores que se entretejen para precipitar una adicción al alcohol, de cómo alguno de estos factores pueden perder peso con el tiempo para dar lugar a otros que actúan como mante-

nedores del consumo y de cómo, de una forma casi imperceptible, se “franquea la frontera **más allá de la cual** se halla el alcoholismo”.

Son muchas las historias parecidas a las de Caroline. La experiencia de **años de entrevistas** y tratamiento de pacientes alcohólicos condujeron a Griffith Edwards y Milton Gross en 1976 (2) a describir un conjunto de síntomas que se presentaban consistentemente en la mayoría de ellos. En este capítulo revisamos el desarrollo del denominado Síndrome de Dependencia Alcohólica propuesto por estos autores y discutimos su vigencia, tras casi cuarenta años de su publicación.

2. Antecedentes históricos

El consumo excesivo de bebidas alcohólicas y los diferentes problemas derivados del mismo fueron conceptualizados durante siglos como un fenómeno de **índole moral**. La adopción del paradigma de enfermedad alcohólica, desde la epistemología positivista, tiene sus antecedentes en el siglo XIX pero no se consolida como tal hasta la segunda mitad del XX. Sin ánimo de ser exhaustivo, cabe reseñar la importancia de los trabajos de Benjamin Rush en 1785 y de Thomas Trotter en 1804, que coincidieron en proponer la idea del “hábito alcohólico” entendido como una dificultad para “controlar la voluntad” (3,4). En 1819 Bruhl-Cramer (5) introduce el concepto de *trunksucht*, traducido por los ingleses como “dipsomanía”, mientras que en las primeras clasificaciones psiquiátricas, Esquirol ubica en 1845 la “embriaguez” dentro de las “monomanías”.

Aunque fue el sueco Magnus Huss quien en 1849 acuñó el término “alcoholismo”, esta primera denominación carecía de contenido psicopatológico y tan solo trataba de hacer referencia al incremento de los problemas relacionados con el consumo de alcohol que tuvieron lugar en aquellos años en los países nórdicos. Consecuentemente, el consumo excesivo y problemático de otras sustancias recibe la denominación de “cocainismo”, “morfinismo”, “narcomanía”, “hábito mórfico”, etc, sin que ello supusiera una aportación a la delimitación conceptual del fenómeno. En 1870 se funda la “Asociación Americana para la Curación de la Embriaguez” y sólo la citación de los tres primeros puntos de su “decálogo” deja lugar para pocos comentarios: “1) *La embriaguez es una enfermedad*. 2) *Como otras enfermedades, es curable*. 3) *La tendencia constitucional hacia esta enfermedad puede ser congénita o adquirida, pero viene frecuentemente inducida por el consumo habitual de alcohol o de otras sustancias narcóticas*” (6).

Los autores Kerr (1888) y Crothers (1902) redefinen el “alcoholismo” como

una entidad constituida por un conjunto de “síntomas”, muchos de los cuales ya estaban presentes en el concepto de “hábito alcohólico” de Rush y Trotter. A pesar de ello, en su *Tratado de Psiquiatría*, Kraepelin incluye las llamadas “psicosis tóxicas” entre sus 13 categorías nosológicas principales, pero pone el énfasis más en los trastornos orgánicos determinados por el consumo crónico de alcohol que en definir la naturaleza del cuadro (7). El primer tercio del siglo XX se caracterizó por un enlentecimiento en el debate científico y en la investigación sobre la adicción a sustancias.

En Estados Unidos, y en torno al Centro de Estudios sobre Alcohol de Yale, tiene lugar un relanzamiento de las ideas sobre la “adicción al alcohol” de la mano de Jellinek. Tras sus primeros trabajos (8), publica *“Phases of alcohol addiction”* (9) y su ya clásico *“The Disease Concept of Alcoholism”* (10) retomando el concepto de alcoholismo de Kerr y Crothers. Este autor propone que el alcoholismo es una entidad clínica por sí misma, situándola en la órbita de las enfermedades mentales. Jellinek es uno de los primeros investigadores en definir los conceptos de *“pérdida de control”* y de *“incapacidad de abstenerse”*, definiendo en base a ellos, distintos subtipos de alcoholismo. Sin embargo, la principal limitación de su propuesta fue la dificultad para diferenciar operativamente los elementos esenciales de la adicción de los problemas o consecuencias derivados del mismo.

En nuestro país, Alonso Fernández adapta las ideas de Jellinek a nuestro entorno cultural, proponiendo una “tipología multiaxial” definida por tres subtipos de bebedores (“bebedor excesivo regular”, “bebedor enfermo psíquico” y “bebedor alcoholómano”) (11). Castilla del Pino (1980) considera a la *necesidad de beber* como el elemento que define la alcoholomanía en el contexto de la relación sujeto-objeto/alcohol (12).

3. El concepto sindrómico de dependencia del alcohol.

Durante los años sesenta se realizaron varios estudios sobre la prevalencia del alcoholismo tanto en la población general como en muestras clínicas, utilizando como instrumento de medida los ítems de Jellinek (13). Estos trabajos concluyeron que los síntomas de la dependencia al alcohol se distribuían de forma continua y que el cuadro diagnosticado como “alcoholismo” se situaba en un extremo de esta distribución. De esta forma, arreciaron las críticas sobre el concepto de enfermedad propuesto por Jellinek, argumentando que las evidencias no apoyaban suficientemente su validez.

A pesar de ello, algunos autores continuaron defendiendo la idea de una entidad nosológica propia para este cuadro. Así, en 1976, Griffith Edwards y Milton Gross publican una descripción de lo que denominaron *Síndrome de Dependencia del Alcohol* (2). Este trabajo, ya clásico, supone un punto de inflexión y un avance claro en el desarrollo de los sistemas de clasificación diagnóstica en toxicomanías. Se trata de la descripción empírica de un conjunto de síntomas observables de forma consistente y que conforman una estructura sindrómica. El cuadro completo originalmente propuesto por estos autores viene definido por: compulsión subjetiva hacia la bebida, limitación o estrechamiento del repertorio de bebidas, prioridad dada a las actividades relacionadas con el consumo de alcohol, incremento de la tolerancia al alcohol, síntomas de abstinencia, consumo de alcohol para aliviar la abstinencia y rápida reinstauración del síndrome después de un período de abstinencia a la bebida. El título de este artículo es "*Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome*" y en la línea de este enunciado, los autores reconocen que esta propuesta nace de la observación clínica tras años de experiencia tratando a pacientes alcohólicos, estando completamente abierta a ser validada o falsada.

En 1980 un grupo de trabajo de la OMS, coordinado de nuevo por Griffith Edwards, se reúne en Washington con un triple objetivo: alcanzar un consenso sobre la terminología que se venía aplicando a los problemas relacionados con el consumo de drogas, definir un marco conceptual sobre el que desarrollar definiciones y criterios, así como para definir nuevas líneas de investigación. Fruto de este trabajo, en 1981 se publica una memoria en la que se diseña un modelo teórico que intenta explicar las relaciones entre los factores biológicos, psicológicos y sociales que interactúan en el desarrollo de la drogodependencia (14). El denominado "Modelo de Dependencia de la OMS" (15), constituye la coordenada de referencia teórica en la que se enmarca un Síndrome de Dependencia del Alcohol que ha evolucionado y que ha soportado distintos procesos de validación (14,16).

3.1. Postulados básicos del concepto sindrómico de la dependencia del Alcohol

Los postulados esenciales del concepto hipotético "Síndrome de Dependencia del Alcohol" son los siguientes (2,14,17,18):

- 1º. *El síndrome viene definido por un conglomerado de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que están relacionados entre sí, constituyendo un proceso psicobiológico común.*

Esto implica que estamos ante un constructo particular y una entidad nosológica propia y consistente. Posteriormente, un gran número de autores han analizado la validez de constructo apoyando su unidimensionalidad.

2º. *Estos elementos se manifiestan a lo largo de un continuum de gravedad.*

No es necesario que estén presentes a la vez todos los elementos del síndrome. Cada síntoma presente puede variar en intensidad, de modo que un mayor número de síntomas presentes supone una dependencia más grave. No se trata, por tanto, de un estado del “todo o nada”, en contra de lo que generalmente se cree.

3º. *Se verifica una independencia conceptual y estadística entre el síndrome de dependencia y los problemas relacionados con el alcohol.*

Originalmente, Edwards habló de “discapacidad” relacionada con el consumo de alcohol. Con ello hacía referencia al deterioro del funcionamiento físico, mental y social de un sujeto que podía ser razonablemente atribuido, directa o indirectamente, a la dependencia del alcohol. Sin abandonar el término de discapacidad, el uso ha consolidado alternativamente el de “problema” para designar el mismo concepto que, aunque más inespecífico, resulta más común e inmediato. Se distinguen, por lo tanto, dos elementos o ejes en la toxicomanía: por un lado, la dependencia propiamente dicha y, por otro lado, los problemas desencadenados por ella. Cada uno se sitúa a lo largo de un eje o dimensión diferente, siguiendo una escala de intensidad. El desarrollo de instrumentos para la medida de ambos elementos, facilitó el análisis estadístico de la bidimensionalidad del denominado “concepto bi-axial de la adicción” (17).

4º. *Los elementos del síndrome pueden tener una expresión y configuración diferentes debido a las influencias patoplásticas de la personalidad y de la cultura.*

3.2. Elementos particulares del síndrome de dependencia del Alcohol

La característica básica de la descripción empírica original del síndrome es la coocurrencia de un conjunto (*cluster*) de elementos (síntomas y signos) que conforman un constructo. La investigación ulterior demostró su fiabilidad y validez, con una excelente consistencia y una estructura unidimensional. Para Edwards y Gross (2), el síndrome completo consta de siete elementos:

A. *Apercepción de la compulsión hacia el consumo del alcohol*

Denominado por Babor *deterioro del control*, se trata de un síntoma com-

plejo que debe ser abordado desde distintos niveles de análisis: neurobiológico, bioconductual y cognitivo-conductual (18). En la descripción original, se trataba de un elemento heterogéneo escasamente operativizado y en el que se podrían distinguir tres elementos: a) fuerte necesidad subjetiva de experimentar los efectos del alcohol, b) fracasos repetidos al intentar dejar de beber o reducir el consumo de alcohol y c) fracaso en limitar la cantidad de alcohol consumida dentro de un episodio de bebida.

a. Fuerte necesidad subjetiva de experimentar los efectos del alcohol (*craving*).

Resulta difícil encontrar un término singular en castellano que exprese el especial significado psicopatológico del *craving*. Se trata de un síntoma esencialmente cognitivo. Viene definido como una experiencia de deseo (ansia, anhelo, querenia) por la sustancia, acompañado de un impulso hacia su consumo. Este deseo no tiene que ser necesariamente incohercible, sino que admite una gradación de intensidad. Generalmente es una vivencia de tono displacentero (disfórico) en tanto que se trata de un deseo no consumado, aunque a veces se ha descrito como una euforia anticipatoria. Se manifiesta por una preocupación por consumir y el sujeto se siente inquieto y ansioso cuando no puede conseguir la sustancia. Ha sido considerado como uno de los síntomas centrales de la dependencia (18). Inicialmente, el término *craving* hacía referencia a una urgencia desmedida por el consumo de opiáceos que tenía lugar en el contexto del síndrome de abstinencia agudo a ésta sustancia. Aunque clásicamente asociado a la privación de cocaína (19), en la actualidad se considera que forma parte del síndrome de abstinencia de casi todas las sustancias de abuso (20). Por otro lado, el *craving* puede presentarse fuera del síndrome de abstinencia agudo. Esto tendría lugar en el contexto del denominado *síndrome de abstinencia condicionado*, donde el *craving* podría aparecer junto con el resto de los síntomas (síndrome completo) o bien como único elemento, de manera aislada (síndrome incompleto). Un toxicómano abstinentes puede experimentar la aparición de este cortejo sintomático ante la presencia de estímulos situacionales, visuales, gustativos u olfatorios previamente relacionados con el consumo. Por otro lado, se ha invocado la teoría del condicionamiento clásico para explicar este fenómeno. Así, estímulos ambientales asociados con el consumo, podrían convertirse en estímulos condicionados. Estos, a su vez, desencadenarían un síndrome de abstinencia (condicionado) completo, el *craving* y/o la conducta de búsqueda de droga cuando el sujeto vuelve a exponerse con aquellos estímulos. Los modelos cognitivo-conductuales subrayan el papel de las *expectativas de resul-*

tado como mediadores del *craving* (21). Desde la perspectiva neurobiológica, se ha propuesto una hipersensibilidad del sistema dopaminérgico como sustrato del síndrome de abstinencia condicionado y del *craving* (22). En estudios animales, la hipersensibilidad de los receptores dopaminérgicos de las vías mesolímbica y mesocortical facilitan los procesos de condicionamiento clásico cuando estos sistemas son estimulados por la administración de droga. Cuando los animales previamente condicionados son expuestos de nuevo a aquellos estímulos, aparecen respuestas similares a las desencadenadas por la droga. De aquí surge la hipótesis de que en aquellos pacientes correctamente desintoxicados, el estado de hipersensibilidad dopaminérgica que persiste, “descendería el umbral” de reactividad ante estímulos condicionados, de forma que en situaciones de re-exposición, el sujeto experimentaría *craving*, lo que facilitaría el proceso de recaída (23).

A pesar de todo lo anterior, no existe un concepto de *craving* unánimemente aceptado. En un extremo de estas divergencias se sitúan los que piensan que el *craving* es el principal determinante de la conducta de consumo, mientras que para otros es un epifenómeno o simplemente un constructo teórico que debería ser abandonado. La mayoría de autores sostienen que es un estado subjetivo asociado con la dependencia, participando en alguna medida en el mantenimiento de la conducta y en la recaída. Por otro lado, se reconoce que aún se sabe poco sobre sus determinantes, sobre la relación que guarda con los demás elementos de la dependencia y sobre los atributos que deberían tenerse en cuenta para una definición operativa del mismo (24).

b. Fracasos repetidos al intentar dejar de beber o reducir el consumo de alcohol (*incapacidad de abstenerse*).

Inicialmente la “incapacidad de abstenerse” fue considerada por Jellinek como el síntoma central de la dependencia que aparecía principalmente en los alcohólicos de los países vitivinícolas del marco mediterráneo (tipo “*Delta*”) (10). Retomado por Edwards y Gross (2), se trata de un elemento más del síndrome de dependencia, caracterizado por la incapacidad de permanecer abstinentes a pesar de haberse impuesto reglas o estrategias para reducir el consumo. Si consigue abstinencias, bien por sí mismo o sometiéndose a cualquier tipo de tratamiento, estas suelen ser cortas, de forma que al poco tiempo vuelve a instaurarse el consumo.

c. Fracaso en limitar la cantidad de alcohol consumida dentro de un episodio de bebida (*pérdida de control*).

Para Jellinek, la “pérdida de control” (*loss of control*) caracterizaba al alcoholismo “*Gamma*”, propio de los países anglosajones. Junto con el síntoma anterior, en el concepto sindrómico dejan de estar adscritos a ningún perfil epidemiológico y se “universalizan” formando parte de la comunalidad del constructo. Se manifiesta tanto por la incapacidad de prevenir el inicio espontáneo de un episodio de bebida, como por la incapacidad de parar de beber una vez que ha empezado. En este último caso, el dependiente del alcohol no es capaz de prever cuándo va a parar y habitualmente llega al estado de embriaguez. Para Ludwig y Wikler (25), la cantidad y la frecuencia del consumo de una sustancia vendría regulada por la integración, el reconocimiento y la interpretación correctos de un “estado interoceptivo” concreto como es el *nivel de intoxicación*. Así, en la pérdida de control, tendría lugar un fallo en la integridad de este sistema de información, de manera que se produciría un “error” en la apercepción del grado de intoxicación etílica y el sujeto continuaría bebiendo.

B. Estrechamiento del repertorio de bebida

Este síntoma, de naturaleza esencialmente conductual, hace referencia a la instauración progresiva de una rutina estereotipada en los comportamientos asociados al consumo de alcohol. El sujeto cada vez es menos selectivo con las personas con las que bebe y empieza ya a beber solo, así como menos exigente respecto de los locales donde consume. Al inicio del consumo podía beber en una comida, no beber al día siguiente o consumir una cantidad importante durante el fin de semana. Con el tiempo, comienza a beber diariamente de forma casi automática manteniendo así unos niveles permanentemente altos de alcohol en sangre. Por otro lado comienza a aficionarse a un menor número de bebidas, incluso un solo tipo. Sin embargo, en algunos pacientes con una dependencia grave, se ha descrito un incremento en el tipo de bebidas alcohólicas consumidas (26). Suele ser característico el establecimiento de una pauta relativamente fija de momentos durante el día en los que se bebe. Con el tiempo, el consumo de la sustancia requiere cada vez menos atención activa y menos esfuerzo, con lo que se establece un patrón ritualizado. Para Goldman (1989. Cfr. 18), en las dependencias graves el inicio del repertorio de conductas asociadas al consumo llega a tener una autonomía funcional, de manera que la planificación cognitiva que anteriormente precedía a la decisión de comenzar un episodio de consumo, se desorganiza, se empobrece y se hace menos consciente. Algunos autores, basados en estudios de fiabilidad test-retest, han propuesto que se revise la permanencia de este atributo como componente del síndrome de dependencia (6).

C. Prioridad de la conducta de búsqueda

Conforme se va desarrollando la dependencia, el consumo de la sustancia va adquiriendo una importancia creciente en la vida de la persona. La prioridad que el paciente concede a la bebida pronto supera a la concedida a otras actividades importantes. Así, el individuo descuida responsabilidades familiares y laborales que son fuente de conflictos y problemas. Otra manifestación de éste síntoma, muy relacionado con el anterior, es que el sujeto persiste en el consumo a pesar de que es consciente de que la bebida le está produciendo problemas, ya sea de índole física, psicológica o sociolaboral.

D. Incremento de la tolerancia al alcohol

Con el consumo continuado de una dosis relativamente fija, la sustancia produce cada vez menos efecto o, alternativamente, para alcanzar el mismo efecto que al inicio, la persona tiene que incrementar el consumo de alcohol. Los pacientes con una dependencia grave son capaces de consumir una dosis que podría provocar el coma etílico a un sujeto no tolerante. Las diferentes sustancias de abuso desarrollan tolerancia de forma desigual. Así, la tolerancia hacia el alcohol o a la nicotina se establecen más lentamente que en el caso de los opiáceos o la cocaína. En términos generales, la tolerancia se incrementa con el tiempo, sin embargo, en el caso del alcohol, ciertos sujetos con una dependencia grave o de mucho tiempo de evolución experimentan un descenso en la tolerancia. Aunque se acepta un componente farmacocinético o metabólico, la tolerancia al alcohol en sentido estricto obedece fundamentalmente a mecanismos neurobiológicos o farmacodinámicos (22). El componente metabólico sería más responsable de la *tolerabilidad* que de la tolerancia al alcohol.

E. Aparición repetida de signos y síntomas de abstinencia

El síndrome de abstinencia se encuentra íntimamente unido al fenómeno de la tolerancia a través de un proceso neuroadaptativo común. Se compone de un conjunto de síntomas y signos que son característicos para cada sustancia de abuso y se desencadena tras la privación de la droga. El momento de inicio y la intensidad del cuadro son también elementos particulares para cada sustancia. El síndrome de abstinencia al alcohol se produce típicamente al levantarse, aunque no es raro su aparición en plena noche. Tras la privación de aquél, suele tener lugar temblor, malestar general, hipertensión, hiperreflexia, taquicardia, náuseas, vómitos y sudoración (27). Por otro lado, pueden aparecer trastornos del sueño, delirios, crisis

convulsivas y disforia. Estos síntomas no siempre ocurren conjuntamente y pueden variar de intensidad (18).

Algunas situaciones pueden agravar la intensidad del síndrome de abstinencia al alcohol, tales como la presencia de enfermedad física, estado nutricional deficiente, fatiga y depresión. Por otro lado, se ha encontrado una relación significativa entre la intensidad del síndrome de abstinencia al alcohol (particularmente crisis comiciales) y los antecedentes de repetidos tratamientos de desintoxicación del alcohol y/o repetidos síndromes de abstinencia al mismo (28). Se ha intentado explicar este fenómeno a través de la denominada “hipótesis del *kindling*”. Literalmente, este término se traduciría como “ignición” o “incendiamiento”. En los estudios con modelos animales, la estimulación eléctrica repetida de baja intensidad sobre estructuras cerebrales subcorticales (amígdala y sistema límbico) se asocia a un importante síndrome de abstinencia al alcohol y a un aumento en la susceptibilidad a los ataques convulsivos (28). La intensidad de estos ataques correlaciona más con el número de episodios de abstinencia que con el tiempo de exposición al alcohol. Se piensa que los repetidos síndromes de abstinencia tendrían sobre estas estructuras cerebrales el mismo efecto que la estimulación eléctrica (efecto *kindling*), de manera que con posterioridad, estímulos de intensidad sub-umbral desencadenarían cuadros comiciales. Se postula que en las personas con una dependencia grave del alcohol, los síndromes de abstinencia repetidos darían lugar a un estado de hiperexcitabilidad en el sistema límbico explicable desde la hipótesis del *kindling*. Así, en un sujeto abstinentes y correctamente desintoxicado, la exposición a un estímulo previamente asociado con el consumo podría desencadenar fácilmente un cuadro de ansiedad y *craving*, incrementando el riesgo de recaída (29).

Los síndromes de abstinencia al alcohol, a los opiáceos y a las benzodiacepinas vienen definidos fundamentalmente por síntomas de naturaleza “somática”. Esto ha llevado a una cierta confusión, ya que se ha considerado a éstos como patrones de referencia, llevando a la conclusión que el síndrome de abstinencia a los estimulantes o a la nicotina no existían o bien que eran de índole “psicológica”. En la abstinencia al alcohol, los síntomas relacionados con la descarga noradrenérgica por el *Locus Coeruleus*, son más “visibles” (p.ej. sudoración y taquicardia) y por ello se han adscrito al ámbito de lo somático, mientras que en la abstinencia a cocaína, al manifestarse por *craving* intenso y depresión (menos visibles y más cognitivos), se ubicaron en el terreno de lo “psicológico”. No obstante, en ambos casos, el determinante neurobiológico resulta patente.

Las primeras concepciones sobre las conductas adictivas otorgaron un papel

central al síndrome de abstinencia. De hecho, los modelos animales inicialmente utilizados fueron los de privación (30). Posteriormente, aquél pasa a un segundo plano, tanto desde la perspectiva neurobiológica (modelos de conducta de búsqueda) (22), como desde el punto de vista clínico (2). Desde las formulaciones patogenéticas, el síndrome de abstinencia pierde peso como elemento participante en el inicio de la adicción y por el contrario, adquiere relevancia como factor importante en el mantenimiento de la conducta y en la recaída (21,20).

F. Consumo para aliviar los síntomas de abstinencia

Este síntoma se ha mantenido desde la descripción original del cuadro. El alcohol se consume conscientemente con la intención de aliviar los síntomas de la abstinencia. La manifestación más frecuente de ello es el beber por las mañanas para aliviar las náuseas y los temblores periféricos, que de manera característica se da en algunos alcohólicos crónicos.

G. Reinstauración del síndrome de dependencia tras un período de abstinencia al alcohol.

Después de un período en el que el sujeto consigue controlar la bebida, aparece de nuevo la adicción a los niveles iniciales y en muchas ocasiones con mayor rapidez, debido al carácter de conducta aprendida que tiene la dependencia. Para algunos autores la reinstauración del cuadro no formaría parte del constructo mismo, sino que sería más bien un epifenómeno encuadrable en un modelo teórico común (18). Sin embargo, para otros autores la recaída constituye la *conditio sine qua non* del alcoholismo y uno de los tres elementos básicos que definen la adicción, junto con la preocupación por el alcohol y el consumo compulsivo (31).

4. Presente y futuro del concepto sindrómico de la dependencia del alcohol

Como ya hemos comentado, la delimitación de este síndrome nace de la experiencia clínica y se propone como un punto de partida para la investigación. Como los propios autores reconocían en su artículo, “*en este momento está en un estado de impresión clínica*”. No obstante, su aceptación por parte de la comunidad científica y asistencial del ámbito de los trastornos adictivos no fue inmediata. Para que este constructo pudiera validarse se propuso un proceso de operativización de sus elementos. Al mismo tiempo, se abrió una discusión sobre su especificidad, es

decir, ¿el concepto síndrómico de dependencia del alcohol sólo era aplicable a esta sustancia o podía hacerse extensivo a otras sustancias?

Esta fue la opinión de Rounsaville, Spitzer y Williams (32), quienes aún en estado de hipótesis de trabajo, lo propusieron como referente teórico de la adicción. Su trabajo supuso la modificación de los criterios DSM-III y la inclusión de este concepto como base para el establecimiento de los criterios de “Dependencia de Sustancias Psicoactivas” del DSM-III-R. En cierto modo, esta decisión fue relativamente lógica, ya que la definición síndrómica propuesta por Edwards y Gross era esencialmente descriptiva y encajaba de manera natural con la perspectiva general del sistema nosológico de la APA. Este mismo marco se mantuvo en la siguiente edición del DSM-IV y en la CIE-10, siendo objeto de una extensísima investigación sobre su validez. Se ha estudiado la dimensionalidad del diagnóstico de Dependencia (DSM-IV y CIE-10), Abuso (DSM-IV) y Consumo Perjudicial (CIE-10), así como la validez de su aplicabilidad en todas las sustancias, en todas las edades y todas las culturas (33). Por otro lado, se han añadido evidencias sobre su correlato neurobiológico (16).

No obstante, y desde una perspectiva crítica, cabe plantearnos si todas estas aportaciones han contribuido a avanzar sobre la psicopatología propia del trastorno adictivo. Esta cuestión se hace mucho más pertinente cuando observamos los cambios que se han producido en el DSM-5. Una de las modificaciones más llamativas de la nueva edición del DSM, es la desaparición de la categoría diagnóstica de “Abuso”, de modo que queda “dentro” de la categoría de “Dependencia”, que ahora pasa a denominarse “Trastorno por Consumo”, argumentando la “unidimensionalidad” del conjunto de todos sus criterios. Es cierto que el “Abuso” fue considerada siempre como una categoría diagnóstica residual, con escasa validez conceptual para los clínicos, pero al menos permitía designar aquellos casos en que el consumo era excesivo y conllevaba alguna consecuencia para el paciente pero sin que supusiera alcanzar el nivel de “Dependencia”. No todos los casos de “Abuso” constituían la antesala de la “Dependencia”, aunque habitualmente, los casos de “Dependencia” habían comenzado por ser “Abuso”. Por esta razón el DSM-IV no permitía diagnosticar el consumo de un paciente como “Abuso” de una determinada sustancia si previamente había desarrollado una dependencia a la misma.

¿Qué ha podido ocurrir entonces para que el grupo de trabajo del DSM-5 tomase esta decisión? En nuestra opinión se ha impuesto el criterio “psicométrico” sobre el criterio clínico, como puede observarse en el desarrollo de los trabajos previos (34, 35). Pensamos que la estadística psicométrica es un instrumento metodológico que debería estar al servicio de los conceptos teóricos y no al revés. No

podemos elaborar nuevos constructos o modificar constructos previos sin sentido clínico, sin oír lo que nos dicen los pacientes. No se puede hacer una nosología al margen de la exploración psicopatológica y al dictado del último y más sofisticado análisis psicométrico. Lamentablemente está siendo así y aún no sabemos hacia dónde nos llevará esta decisión de la APA.

Frente a esto, constatamos que no se están incorporando adecuadamente las aportaciones que la neuropsiquiatría cognitiva está haciendo a la delimitación de la adicción como un trastorno persistente de la motivación inducido por sustancias. En este momento, es éste y no otro, el campo que más está contribuyendo a la comprensión de la “adicción”. Lamentamos que, de nuevo, se esté produciendo otra separación de caminos y de esfuerzos. Como decía acertadamente Caroline, *“Es demasiado extenso, misterioso y difuso como para encajar en una definición”*.

BIBLIOGRAFÍA

1. Knapp C. Drinking, a love story. (London, Quartet Books, 1996).
2. Edwards G, Gross MM. Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome, British Medical Journal, 1976; 1, 1058-1061.
3. Edwards G. Problems and dependence: the history of two dimensions, En: Lader, M.; Edwards, G.; Drummond, D.C. (Eds.) The nature of alcohol and drug related problems (Oxford, Oxford Medical Publications), 1992.
4. Babor TF, Cooney NL, Lauerma RJ. The dependence syndrome concept as a psychological theory of relapse behavior: An empirical evaluation of alcoholic and opiate addicts, British Journal of Addiction, 1987; 82: 393-405.
5. Bruhl-Cramer C.von. Über die Trunksucht und eine rationelle Heil-methode derselben, Berlin, 1819.
6. Crottiler LB, Phelps DL, Comptom WM. Narrowing of the drinking repertoire criterion: should it have been dropped from ICD-10, Journal of Studies on Alcohol 1994; 56: 173-176.
7. Krapelin E. (1909-1915) Psychiatrie: ein Lehrbuch (8th edn), 4 vols., J.A. Bartz, Leipzig, Germany.
8. Bowman KM, Jellinek EM. Alcoholic mental disorders, Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 1941; 2: 312-390.
9. Jellinek EM. Phases of alcohol addiction, Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 1952; 13: 673-684.
10. Jellinek EM. The disease concept of alcoholism (Hillhouse, New Brunswick), 1960.
11. Alonso-Fernández F. Facteurs culturels et anthropologiques dans l'étiologie des alcoolismes. Rev. Alcoolisme, 1965; 20: 93-104.
12. Castilla del Pino C. Introducción a la Psiquiatría. Vol. 2. Psiquiatría General; Psiquiatría Clínica. Ed. Alianza Universidad. Madrid, 1980.

13. Hall W, Saunders JB, Babor TF, Aasland OG, Amundsen A, Hodgson R, Grant M. The structure and correlates of alcohol dependence: WHO collaboratives project on the early detection of person with harmful alcohol consumption-III, *Addiction*, 1993; 88: 1627-1636.
14. Edwards G. The alcohol dependence syndrome: a concept as stimulus to enquiry, *British Journal of Addiction*, 1986; 81: 171-183.
15. Jaffe JH. Current concepts of addiction, En: O'Brien, C.P. (Ed.), *Addictive States*, (New York, Raven Press), 1992.
16. Li T-K, Hewitt BG, Grant BF. The Alcohol Dependence Syndrome, 30 years later: a commentary. *Addiction*, 2007; 102: 1522-1530.
17. Edwards G, Gross MM, Keller M, Moser J, Room R. (Ed.). *Alcohol-related disabilities*, WHO Offset Publ. No. 32 (Geneva, WHO), 1987.
18. Babor TF. Substance-related problems in the context of international classificatory systems, En: Lader, M.; Edwards, G.; Drummond, D.C. (Eds.) *The nature of alcohol and drug related problems* (Oxford, Oxford Medical Publications), 1992.
19. Gawin FH, Kleber HD. Cocaine abuse treatment: OPne pilot trial with desipramine and lithium carbonate, *Archives of General Psychiatry*, 1984; 41 (9): 903-909.
20. West R, Gossop M. Overview: A comparison of withdrawal symptoms from different drug classes, *Addiction* 1994; 89: 1483-1489.
21. Marlatt GA, Gordon JR. *Relapse prevention* (New York, Guilford Press), 1985.
22. Koob G F. Drugs of abuse: anatomy, pharmacology and function of reward pathways, *Trends in Pharmacological Sciences*, 1992; 13: 177-184.
23. Casas M, Prat G. Relevancia del sistema dopaminérgico en la génesis y mantenimiento de las conductas adictivas, En: Gutiérrez, M.; Ezcurra J.; Pichot, P. *Avances en Psicofarmacología*, (Barcelona, Ediciones en Neurociencias), 1984.
24. Pickens RW & Johanson C E. Craving: Consensus of status and agenda for future research. *Drug and Alcohol Dependence*, 1992; 30, 127-131.
25. Ludwig AM and Wikler A. Craving and relapse to drink. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 35:108-130, 1974.
26. Drummond DC. The relationship between alcohol dependence and alcohol-related problems in a clinical population, *British Journal of Addiction*, 1990; 85, 357-366.
27. Stockwell T, Hodgson RJ, Edwards G, Taylor C, Rankin H. The development of a questionnaire to measure severity of alcohol dependence, *British Journal of Addiction*, 1979; 74: 79-87.
28. Brown ME, Anton RF, Malcolm R, Ballenger JC. Alcohol detoxification and withdrawal seizures: clinical support for a kindling hypothesis. *Biol Psychiatry*, 1988; 1; 23:507-14.
29. Adinoff B, O'Neill K, Ballenger JC. Alcohol withdrawal and limbic kindling: a hypothesis of relapse, *The American Journal of Addictions*, 1995; 4: 5-17.
30. Stolerman I. Drugs of abuse: behavioural principles, methods and terms. *Trends in Pharmacological Sciences*, 1992; 13: 170-176.
31. Miller NS, Gold MS. Suggestions for changes in DSM-III_r criteria for substance use disorders, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1989; 15: 223-230.
32. Rounsaville BJ, Spitzer RL, Williams JBW. Proposed changes in DSM-III Substance Use Disorders: Description and rationale, *American Journal of Psychiatry*, 1986; 143 (4): 463-468.

33. Hasin D, Hatzenbuehler ML, Keyes K, Ogburn E. Substance use disorders: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV) and International Classification of Diseases, tenth edition (ICD-10). *Addiction*, 2006; 101 (Suppl., 1); 59-75.
34. Schuckit MA, Saunders JB. The empirical basis of substance use disorders diagnosis: research recommendations for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-V). *Addiction* 2006; 101 (Suppl, 1); 170-173.
35. Hasin D. Introduction to DSM-5 criteria linked papers in drug and alcohol dependence. *Drug & Alcohol Dependence* 2012; 122; 20-21.

2.2.- La patología dual. Comorbilidad en la clínica y en las cuestiones que no se difunden. ¿Invento o realidad?

Marta Hernández García y Antonio Terán Prieto

¿Qué se entiende por patología dual?

La *Patología dual* se ha definido, como una situación sindrómica en la que incide el concepto de co-morbilidad de una enfermedad psiquiátrica y un uso patológico de sustancias tóxicas (uso, abuso o dependencia). Consistente, en la mayor parte de los casos, en el resultado de un conjunto de aspectos etiológicos, genéticos y ambientales (que se retro-alimentan), que generan cambios neurobiológicos sobre los que se va creando un conjunto de cogniciones, conductas y emociones (que dependiendo en ocasiones del entorno familiar, grupos de pares, disponibilidad de sustancias, etc.), que da lugar a una enfermedad mental formada por al menos dos entidades nosológicas: una adicción y otro trastorno mental (1).

La Patología Dual se constituye como una entidad clínica que requiere de conocimientos que no son solo la suma de las habilidades y competencias necesarias para el adecuado tratamiento de ambos trastornos por separado, y que debe considerarse dentro de las patologías mentales graves resistentes a los tratamientos convencionales siendo fundamental para la sanidad pública y específica de salud mental (2).

¿Cómo nace este concepto/de donde surge?

Mucho han cambiado las cosas desde que en 1996 el Dr. Luis San tradujera del inglés al castellano un interesante texto americano editado por J. Solomon, S. Zinberg y E. Scholler con el título de "*Diagnóstico Dual*" (término que utilizaban para referirse a la coexistencia o comorbilidad de los Trastornos por Uso de Sustancias con otros trastornos mentales); desde la poca aceptación o incluso rechazo inicial al término, al reconocimiento de una realidad incuestionable en la práctica diaria de los clínicos tanto de la Salud Mental como de la Adicciones. Su alta prevalencia

y muy especialmente las consecuencias asociadas a esta comorbilidad: impacto negativo en el curso de ambas enfermedades, menor adherencia y más dificultades de cumplimentación del tratamiento, etc.; han propiciado una creciente preocupación en este campo y una amplia difusión en la literatura científica de los últimos años.

El término *Patología dual*, en España fue propuesto por el Profesor de Psiquiatría Miguel Casas quien reformula el concepto e indica que no es una concurrencia casual o al azar y que “la adicción no es un vicio”(4), esta definición esta más cercana al modelo de vulnerabilidad genética y biológica, en la que la existencia de alteraciones hace a las sustancias más placenteras que para el resto de los individuos y estas deficiencias, genéticamente determinadas, son corregidas por el uso de sustancias, conduciendo a la automedicación (5). Es una realidad la relación más compleja entre influencias genéticas y factores medioambientales en la que intervienen fenotipos influenciados genéticamente (bajo nivel de respuesta a la sustancia, síntomas de externalización y características de internalización como síndromes depresivos) en el contexto de múltiples dominios adicionales.

En la terminología anglosajona es más usual encontrarse con términos como: *diagnóstico dual*, *trastorno dual* o *trastornos concurrentes* que en realidad hace referencia a dos diagnósticos independientes, apoyado por aquellos que creen que los síntomas comórbidos son generalmente producto del neurodesarrollo y la neurotoxicidad ocasionada por las drogas sobre el sistema nervioso central (1).

Según diferentes estudios epidemiológicos, la prevalencia de enfermos psiquiátricos que presentarían un trastorno relacionado con el consumo de sustancias estaría situado entre el 25% y el 58% (para algunos autores este porcentaje se situaría entre el 60% y el 85%), mientras la prevalencia en la población general se estima entre el 15% y el 35% (6). Esta disparidad de cifras a la hora de evaluar la comorbilidad psiquiátrica ligada al consumo de sustancias demuestra que estamos ante un fenómeno muy complejo, no sólo desde el punto de vista clínico, sino también epidemiológico: por la dificultad que presentan la definición terminológica, la metodología de evaluación, la influencia recíproca de los trastornos y del consumo concomitante de otras sustancias, la diferente composición y formación de los equipos, la difícil verificación de los trastornos psíquicos previos al consumo de sustancias, el establecimiento de criterios de inclusión y de exclusión en los estudios; y las muestras, con frecuencia sesgadas.

¿Cómo se ha desarrollado en la actualidad?

El avance experimentado en las neurociencias a lo largo de los años setenta y posteriores en los que se descubren y describen el funcionamiento del sistema opioide (receptores, ligandos endógenos,...) y del sistema cannabinoide supuso una aportación fundamental tanto en la investigación básica como en clínica. Nuestros pacientes dejaron de ser “viciosos” para empezar a convertirse en enfermos. Desde el *National Institute on Drug Abuse (NIDA)* en Estados Unidos, se insiste en la existencia de factores y sustratos cerebrales comunes a ambas situaciones clínicas (abuso y dependencia), previamente a comprobar que la adicción es una enfermedad mental más y, por tanto, una enfermedad cerebral (7).

Sin embargo el establecimiento del diagnóstico de la Patología dual no ha estado exento de dificultades (1). Razones históricas hasta el *DSM III* en 1980 los trastornos por uso de sustancias estaban asociados a otros trastornos psíquicos, eran considerados síntomas o un epifenómeno de un núcleo psicopatológico que se podía expresar en otras conductas, y sobre todo se relacionaba con los trastornos de personalidad. La batalla ideológica de la emergente Psiquiatría Biológica sobre las corrientes psicoanalíticas dio lugar a la necesidad de enterrar conceptos como personalidades preactivas para dar paso a una concepción de la toxicomanía como una entidad categorial, con fuertes fundamentos biomédicos y el nacimiento de dos categorías usadas desde entonces, como son el Abuso y la Dependencia, que han tenido continuidad hasta la actualidad. Paradójicamente y pese a estos cambios, el resurgimiento de *redes clínicas separadas* para su tratamiento, influenciadas por la idea de un origen sociogenético acentuando la importancia de la sustancia y excluyendo al individuo con su vulnerabilidad neurobiológica. Esta confusión conceptual dio lugar también, junto a la escisión individuo/droga, a efectuar diagnósticos transversales o categoriales (la adicción o el otro trastorno psicopatológico) en lugar de un diagnóstico longitudinal o dimensional.

El concepto de *Patología Dual*, no sólo es controvertido, sino que no es fácilmente aceptado e incluso es rechazado por una parte de los profesionales implicados en el tratamiento de las conductas adictivas y la salud mental. Las razones son complejas y van probablemente vinculadas a aspectos históricos de la ubicación nosológica y nosográfica de los trastornos por uso de sustancias, hasta el desarrollo de redes específicas y monográficas para su tratamiento.

Epidemiología

Diferentes estudios epidemiológicos realizados en las últimas décadas tanto en población general como en muestras clínicas, ponen en evidencia de forma unánime la existencia de una estrecha asociación entre los trastornos por uso de sustancias (TUS) y la presencia de otro/s trastorno/s mental/es (1,8).

ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS INTERNACIONALES:

• El *Epidemiological Catchment Area* (E.C.A.) realizado sobre una muestra estadounidense de población general y en centros de tratamiento (hospitales psiquiátricos, residencias asistidas, prisiones y comunidades terapéuticas) donde un total de 20.291 personas fueron evaluadas; se obtuvieron los siguientes resultados: El 28,9% de los sujetos que presentan un trastorno psíquico habían presentado el diagnóstico de trastorno relacionado con sustancias en algún momento (22% trastorno por alcohol y 15% otro trastorno por sustancias). El 36,6% de los sujetos con un diagnóstico de trastorno por alcohol habían padecido otro trastorno psiquiátrico. La mitad (53,1%) de los sujetos con trastorno por uso de sustancias (TUS) habían presentado otro trastorno psíquico. (9)

Drogo dependencias en trastornos psíquicos			
	Alcohólico	Psicótro po	Trast. Adictivos en general
T. Psicóticos	3.3 %	6.2 %	4.6 %
T. Depresivos	1.9 %	4.7 %	2.6 %
T. Ansiedad	1.5 %	2.5 %	1.7 %
T Personalidad	21.0 %	13.4 %	29.6 %

Los trastornos psiquiátricos asociados con mayor frecuencia al alcoholismo, son trastornos de personalidad antisocial (21 veces más probable que en la población general), la manía (6'2 veces más), la esquizofrenia (4 veces más) y el abuso de drogas (3'9 veces más).

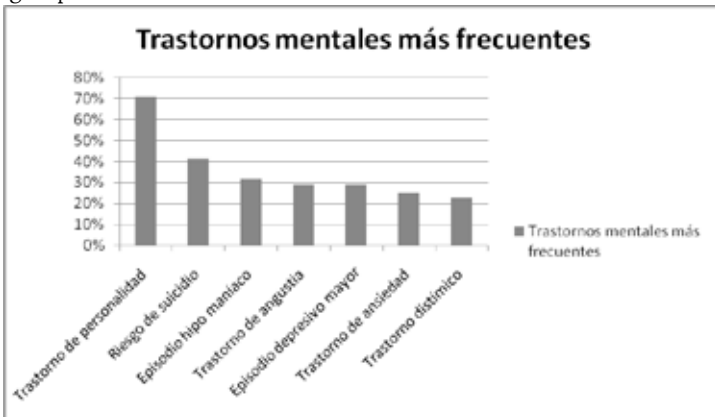
Trastornos psíquicos en drogo dependientes				
	T. Psicóticos	T. Humor	T. Ansiedad	T. Personalidad
Alcohólicos	3.3 %	1.9 %	1.5 %	21.0 %
Heroínómanos	8.8 %	5.0 %	2.8 %	24.3 %
Cocainómanos	13.2 %	5.9 %	2.9 %	29.2 %
Otras sustancias	6.2 %	4.7 %	2.5 %	13.4 %

• *National Comorbidity Survey* (N.C.S.) (Años 2001 a 2003) sobre una muestra de más de 8.000 personas no institucionalizadas, de 15 a 54 años de edad. Detectó una prevalencia más elevada de trastornos psiquiátricos entre las personas que tenían un trastorno por abuso de sustancias que entre los que nunca lo han tenido.

Entre las mujeres, el 72,4% de las que abusaban del alcohol y el 86% de las dependientes del alcohol presentaban algún trastorno psiquiátrico o drogodependencia, a lo largo de su vida. Entre los hombres, la prevalencia era de 56'8% para el abuso y 78'3% para la dependencia del alcohol. Para ambos sexos la dependencia del alcohol aparecía asociada a trastornos de ansiedad, de estado de ánimo y trastorno de personalidad antisocial, con mayor frecuencia de lo que cabría esperar por simple azar (10).

Un estudio de referencia en población clínica fue el realizado por Weaver et al (2003) que situaba en el 44% la presencia de patología dual en los centros de salud mental frente a 75% de los centros de atención a las adicciones (11)

Probablemente el estudio epidemiológico mas importante en nuestro país ha sido el realizado en Comunidad Autónoma de Madrid en el año 2008 en el que se describía *la prevalencia, diagnóstico y actitud terapéutica en la patología dual* (12). Constituye el primer estudio sobre prevalencia de la patología dual que se realizó en España, sobre 837 personas (de unidades de Salud Mental y de los Centros de Atención a Drogodependencias). Y en el que el 53,2% de los sujetos pertenecientes a la muestra, cumplían los criterios diagnósticos de Patología Dual. Mas concretamente el 25% de los pacientes que consultaban en la red de salud mental frente al 63% de los que consultan en un dispositivo específico de asistencia a las drogodependencias.



Entre un importante conjunto de datos, destacar los trastornos mentales más frecuentes reflejados en la figura anterior y en los que destaca como más representativo los Trastornos de personalidad. Asimismo, señalar que el 55,3 % de los pacientes con patología dual consumían 2 o más sustancias de abuso y entre estas destacaban por orden de frecuencia: la Cocaína (62,7%), el alcohol (61,1%) y los derivados del cannabis (23,2 %).

Etiopatogenia

Desde comienzos del siglo XX, neurocientíficos han desarrollado y propuesto distintas hipótesis sobre los factores ambientales y mecanismos biológicos subyacentes a los efectos que, sobre la conducta provocan aquellos estímulos (sustancias) que actúan como recompensa y refuerzo, y que proporcionan cierta base para entender los mecanismos de la dependencia de sustancias. Las hipótesis mas recientes postulan que la patología dual representa expresiones fenotípicas de anormalidades neurobiológicas premórbidas comunes (4).

Existen en el momento actual distintas líneas de investigación centradas en el estudio de la etiopatogenia de las conductas adictivas. Una de ellas trabaja sobre los factores genéticos comunes implicados en los trastornos por uso de sustancias, se estima entre un 40-60% el papel que los factores genéticos contribuyen en la vulnerabilidad aumentada de estos pacientes, portadores de determinados endofenotipos, de manifestar la enfermedad. A pesar de las fuertes evidencias de la existencia de factores de riesgo genético en las adicciones, aun no se han podido detectar genes específicos que de forma inequívoca estén relacionados con la vulnerabilidad/ protección a estos trastornos (1).

Otra área de investigación relevante es la que propone la involucración de circuitos cerebrales comunes, de los cuales el mas mencionado es el dopaminérgico, afectado en conductas adictivas a sustancias y comportamentales, pero también en la depresión, esquizofrenia y otros trastornos mentales, al mismo tiempo en la forma en que el estrés crónico puede incidir en el riesgo de conductas adictivas (13,14).

De forma mas reciente se conoce la implicación de disfunciones en circuitos cerebrales interrelacionados, como el sistema neurobiológico del estrés, el sistema colinérgico nicotínico, el endocannabinoide endógeno, y neuropéptidos como oxitocina, vasopresina y opioides endógenos, involucrados en complejas conductas como los sistemas de filiación y relaciones interpersonales.

El alcohol y otras drogas activan el circuito de recompensa cerebral, en el que intervienen determinadas estructuras del sistema límbico (sistema amígdala-accumbens e hipocampo), utilizando los mismos mecanismos fisiológicos que los reforzadores naturales. Cuanto mas intensos hayan sido los efectos reforzadores de una sustancia, mas persistentes serán los recuerdos relacionados con ella y mayor la necesidad o el deseo (craving) de experimentarlos nuevamente. El consumo mantenido de sustancias va generando que “la necesidad” adquiera predominancia sobre otros interés, un deterioro progresivo en la capacidad de auto-control, cambios en la manera de pensar, opiniones y actitudes relacionadas con la sustancia de abuso de manera que la persona va adquiriendo actitudes cada vez mas favorables hacia el consumo de la sustancia, de la cual ha desarrollado cierto grado de dependencia.

Mas allá del papel investigador llevado a cabo por las neurociencias que poco a poco comienzan a clarificar nuestra comprensión de como el cerebro crea estados de la mente, nos orientan a conocer nuevas aproximaciones clínicas, y abordajes terapéuticos. En el momento actual siguen existiendo distintas hipótesis etiopatogénicas (5,13).

- Modelo unitario: Trastornos psiquiátricos y dependencia son dos manifestaciones sintomatológicas de un mismo proceso (componentes genéticos y neurobiológicos similares)
- Modelo de alteración psiquiátrica secundaria al consumo de drogas: Abuso de sustancias genera cambios neuroadaptativos implicados en el desarrollo de un trastorno psiquiátrico.
- Modelo de consumo de drogas secundario a una alteración psiquiátrica: Las drogas intentarían revertir las anomalías basales de las patologías psiquiátricas o provocadas como consecuencia del consumo continuado de drogas de abuso.
- Modelo bidireccional: Cada uno de los trastornos puede incrementar la vulnerabilidad del otro
- Modelo de independencia biológica Trastorno psiquiátrico y abuso de drogas son totalmente independientes, pero con bases biológicas compartidas

Consecuencias en la Clínica

La relación entre el consumo de drogas y los trastornos mentales pueden tener diversas asociaciones ya sean como factores etiológicos, precipitantes y mantenedores.

Teniendo en cuenta los trastornos implicados en la patología dual, hay que considerar la adolescencia como el periodo en el que aparecen las primeras manifestaciones de enfermedad mental. Este periodo vital se caracteriza desde un punto de vista neurobiológico por un cerebro inmaduro donde el impacto de drogas de abuso tiene una relevancia mucho mayor (15). Las nuevas evidencias están cambiando la ya anticuada visión de la simple concurrencia casual de dos trastornos categorialmente separados y la robusta comorbilidad viene a reflejar el solapamiento medioambiental, genético y neurobiológico que da lugar a estas dos manifestaciones dimensionales de la psicopatología. Así se describen como asociaciones más potentes entre adicciones y otros trastornos mentales las siguientes (1):

- o Esquizofrenia y trastornos relacionados
- o Trastornos por internalización, en el que se incluye: trastornos ansiosos, trastorno por estrés post-traumático y los trastornos afectivos (depresión, bipolares)
- o Trastornos por externalización: TDAH
- o Trastornos de la personalidad especialmente el trastorno antisocial de la personalidad.

No cabe duda alguna en que la coexistencia de ambos trastornos, la patología dual, se asocia con todo un conjunto de complicaciones entre las que sobresalen:

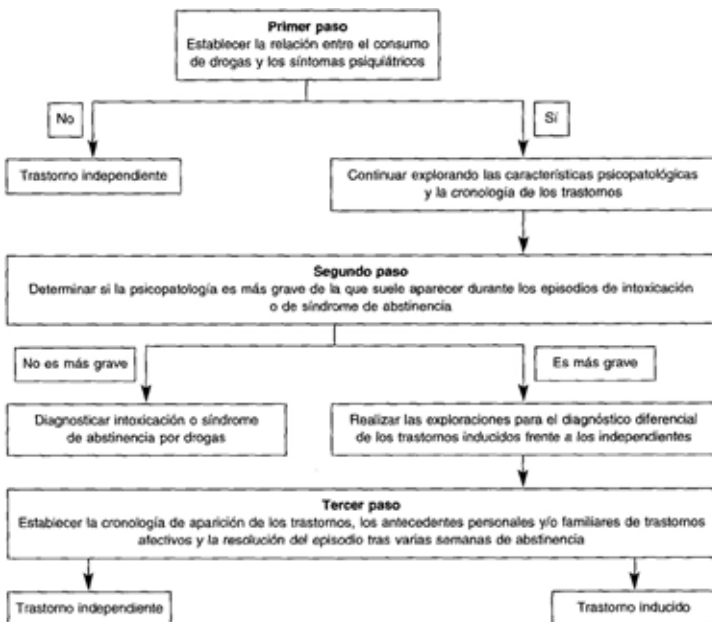
- Manifestaciones clínicas mas graves y complejas:
- Mas conductas disruptivas/ violentas
- Inestabilidad familiar y marginación social
- Mayor número de tentativas suicidas
- Dificultad en la relación médico-paciente
- Mayor sobrecarga asistencial con demandas atípicas en los servicios de salud, frecuentación de los servicios de urgencias en situaciones de crisis y hospitalizaciones mas frecuentes.
- Mayor sensibilidad a los efectos secundarios del tratamiento farmacológico
- Baja adherencia y cumplimiento del tratamiento
- Frecuentes reinicios de tratamiento

En definitiva una evolución mas compleja por las dificultades diagnósticas y de tratamiento que influyen en un peor pronóstico de ambas patologías con un notable incremento del número de recaídas.

Diagnóstico

Tiene como objetivo fundamental establecer la cronología de ambos trastornos así como la interrelación existente entre ellos, al mismo tiempo que determinar si

necesitan un tratamiento independiente o si el tratamiento de uno de ellos puede aliviar o mejorar al otro. Con mucha frecuencia es difícil discernir solo con el análisis de los síntomas, si estos son inducidos por los efectos de las drogas o si estamos ante un trastorno mental que además se acompaña del consumo de drogas. Una detallada y extensa anamnesis en la que se incluya la historia toxicológica, historia psiquiátrica y posibles relaciones con el consumo de drogas, información colateral por parte de convivientes o familiares así como informes médicos previos, analítica hemática completa y de orina incluida la presencia de drogas y/o sus metabolitos. Finalmente la anamnesis puede complementarse con entrevistas diagnósticas y escalas tanto para los trastornos por uso de drogas como en los otros trastornos psiquiátricos (ejemplos: EuropASI, CAGE, AUDIT, SADS, DIS, SCID, PRIMs). No debemos olvidar que la presencia de drogas puede producir distorsión de hechos ocurridos en los días previos o en el momento de la evaluación y en los antecedentes personales referidos. La valoración debe ser realizada con tiempo suficiente de observación en el que podremos observar la evolución del cuadro sintomatológico una vez conseguida la abstinencia, estado fundamental a la hora de obtener información para el diagnóstico definitivo. Sirva como orientación el primer algoritmo diagnóstico elaborado por la Sociedad Española de Psiquiatría en el Consenso de Patología Dual del año 2004 (16).



Tratamiento

Como ha sido ampliamente comentado, la patología dual va a tener implicaciones en la clínica, el diagnóstico, el tratamiento, la evolución y el pronóstico de ambos trastornos. Es por ello que las personas en esta situación precisan de un proceso terapéutico complejo en el que se combinen intervenciones psicofarmacológicas, psicoterapéuticas y sociolaborales diversas, desarrolladas por equipos multidisciplinares que desde el abordaje integral den respuesta a las diferentes patologías que presenta el paciente. La necesidad de un tratamiento psicofarmacológico eficaz que posibilite y propicie la desintoxicación y/o la estabilización del consumo de drogas, junto con la recuperación del equilibrio psíquico del paciente es el primer paso y fundamental a la hora de incorporar al paciente a otras formas de tratamientos: psicoterapéutico, psicoeducativo, etc. Sin embargo, este es uno de los primeros y serios problemas a los que nos enfrentamos a diario, por los importantes problemas en la cumplimentación de las pautas de tratamiento. Por regla general estos pacientes tienen mayor sensibilidad a los efectos secundarios de los psicofármacos, lo que dificulta la cumplimentación y complica la adherencia al tratamiento. Este fenómeno habitual en la psiquiatría general se hace omnipresente en la patología dual, obligándonos a desarrollar estrategias farmacológicas que permitan superar estas dificultades. Entre las mas importantes destacan: la supervisión del tratamiento (tratamiento directamente observado) ampliamente extendida en población drogodependiente en otras modalidades de tratamiento (mantenimiento con metadona o buprenorfina/naloxona, interdictotes, tratamientos de la tuberculosis, etc.), el posibilitar la simplificación de las tomas utilizando fármacos de vida media larga o de formulación retard, evitar la polifarmacia, valorar y corregir los posibles efectos secundarios, facilitar y favorecer los cambios de tratamiento en caso de intolerancia a los efectos secundarios, etc. En definitiva, *“el mejor tratamiento para los pacientes con patología dual es el que se cumple”*, porque de esta forma posibilitamos la adherencia al tratamiento, la frecuentación del centro de tratamiento y la incorporación a otras terapias complementarias del tratamiento psicofarmacológico.

Por desgracia, la realidad de la atención a los enfermos con patología dual en nuestro país es compleja, con una red de tratamiento con peculiaridades asistenciales muy diferenciadas para los pacientes con adicciones (Andalucía, La Rioja, Madrid, Galicia, etc.) y una coordinación escasa con la red de salud mental. La existencia de múltiples dispositivos y programas que deberían actuar sobre un mismo

paciente hace que puedan surgir problemas de coordinación o de no delimitación de las responsabilidades sobre la atención a éste y que se traduzcan en intervenciones que interfieren entre si o finalmente acaben desatención. La situación actual de ambas redes asistenciales es muy heterogénea. Desde la red de Salud Mental no hay estrategias específicas ni planes de acción para el tratamiento de estos enfermos, salvo y excepcionalmente en algunas comunidades en las que la integración funcional ya es un hecho. En otras comunidades autónomas se han desarrollado de forma puntual acciones específicas principalmente en las redes de drogas (Propuesta a la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud).

En definitiva y como resumen, sirvan las recomendaciones de Casas y San (2002) en el tratamiento de los pacientes con patología dual y que debe incluir (17):

- Programa especial que integre los elementos tanto del tratamiento psiquiátrico como el de las drogodependencias.
- Tratar de una forma adecuada las manifestaciones clínicas que lo requieran
- Evaluar de forma cuidadosa el patrón de consumo de sustancias y observar al paciente sin consumo de sustancias psicoactivas para clarificar el origen y la evolución de los síntomas
- Establecer un diagnóstico psiquiátrico independiente de la adicción solo cuando los síntomas reaparezcan o persistan tras un periodo significativo de abstinencia.
- El tratamiento de la patología dual precisa estar incorporado en un programa integral más amplio de rehabilitación psicosocial.

El tratamiento de la patología dual supone uno de los retos de la terapéutica psiquiátrica del siglo XXI por las características diferenciales de los pacientes en los que coexiste un trastorno por uso de sustancias con otra/s patología psiquiátricas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bobes J, Casas M, Gutierrez M. Manual de transtornos adictivos. 2ª Ed. Enfoque Editorial, S.C, 2011.
2. Ruggeri M, Leese M, Thomicroft G et al. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. Br J Psychiatry, 2000; 176:149-55.
3. Szerman N. Protocolos de intervención Introducción .Sociedad Española de Patología Dual. Página web: http://www.patologiadual.es/formacion_protocolos.html
4. Bobes J, Casas M. En Manejo clínico del paciente con patología dual. Edita Socidrogalcohol, 2009.
5. Markou et al. Neurobiological similarities in depression and drug dependence: a self-medication hypothesis. Neuropsychopharmacology 1998; 18: 135-174.

6. Palomo T, Beninger RJ, Jiménez-Arriero MA y Archer T. En *Avances Neurocientíficos y Realidad Clínica III Trastornos adictivos*. Editorial Síntesis SL. Madrid, 2001.
7. NIDA Research report series. Comorbidity: Addiction and other mental illnesses. NIH Publication number 08-5771. December 2008.
8. Compton WM, Thomas YF, Conway KP, Colliver JD. Developments in the epidemiology of drug use and drug use disorders. *Am J Psychiatry*. 2005; 162(8):1494-502.
9. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al. Epidemiological Catchment Area study, comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiological catchment Area (ECA) study. *JAMA* 1990; 264:2511-18.
10. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:313-321.
11. Weaver T, Madden P, Charles V et al. Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *Brit. J. Psych* 2003, 183:304-313.
12. Arias F y cols. "Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente" *Adicciones*, 2013, Vol. 25 núm. 1.
13. Álamo C y cols. En: *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*, 2002.
14. López-Muñoz F, Álamo C, Cuenca E. Vulnerabilidad y factores neurobiológicos comunes en Patología Dual. *Avances Neurocientíficos y Realidad Clínica. VIII. Patología Dual*. Ed: Palomo T, Beninger RJ, Jiménez-Arriero MA y Huertas E. Fundación Cerebro y Mente. 2004. 29-65.
15. Camarasa J, Jiménez-Arriero MA, Rubí G. En *Adicciones Aspectos clínicos y terapéuticos*. Editado por Edika Med 2007.
16. Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Consenso de la SEP sobre Patología Dual. *Psiquiatría Editores. Ars Medica*. 2004.
17. San L, Casas M. *Recomendaciones Terapéuticas en Patología Dual. Ars Médica*. 2002.

2.3.- Adicción y perpetuación del sentido de irrealidad.

Carlos Sirvent

El inveterado consumidor de drogas está cansado. Ya no siente placer y las alternativas no le satisfacen en absoluto. El sueño calderoniano es su escenario cotidiano donde realidad y ficción se funden en un estado de estupor con la perspectiva de una existencia anodina, aburrida y fútil.

Al cabo de largos años de vacua ensoñación, el adicto termina acostumbrándose a vivir en un estado de conciencia alterado que para él es el genuino, instalado en una especie de sueño narcótico, de sensación de irrealidad que le persigue incluso cuando ya no consume, como si su tiempo interno estuviera trocado instalado en un ritmo vital diferente. Tanto es así que si logra curarse, no recupera del todo el estado de conciencia porque su realidad de referencia no es la nuestra, sino la alterada. Le ocurre como a un marinero habituado a largos meses en el mar que cuando vuelve a tierra firme y no siente oscilar el suelo paradójicamente se mareará, como Kevin Costner en *Waterworld*.

Desrealización/ Despersonalización

El mundo normal se torna hostil, como la jaula para un animal salvaje. Al ex adicto la normalidad le resulta ajena, viviendo una dilatada sensación de extrañamiento que le confunde y en ocasiones le hace dudar si su verdadero estado de conciencia es el de adicto y no el actual, añorando quizá su otra vida (precaria y nociva, pero al fin y al cabo suya). Incluso puede llegar a huir buscando recobrar su natural espacio de referencia, su personal realidad, desertando del mal sueño que es la cotidianeidad de un mundo sin droga, áspero e inasible del que se ve impelido a desertar. Erróneamente podríamos interpretar que solo quiere drogarse, o que añora el ambiente marginal. En definitiva, el sentido de irrealidad del adicto no consiste en un estado de conciencia alterado sino en una consciencia diferente, egocéntrica, del mundo de manera que el sujeto se convierte en espectador virtual de una vida que unas veces le parece real y otras, ilusoria. El subsiguiente epifenómeno sería la angustia vital. Parece acertada la entronización al concepto

de Scharfetter (1) cuando aduce que la manifestación más frecuente de despersonalización es el sentimiento de estar alejado de sí mismo, extrañado, desvitalizado, irreal, fantasmal. Un «yo que observa» como vivenciando y dándose cuenta de la transformación, casi siempre sin preguntarse acerca de la misma. La despersonalización, en definitiva, corresponde a un extrañamiento del entorno humano y del constituido por cosas (desrealización). En no pocos sujetos destaca el sentimiento de extrañeza, de alejamiento y de extravío.

En última instancia el afectado acaba cuestionándose la propia identidad predominando la inseguridad acerca de ser uno mismo. Los trastornos más leves se manifiestan como sentimientos de lejanía, de distanciamiento, de extrañeza, de lo insólito. Inquietante con respecto al sí mismo (despersonalización en el uso más corriente del término). En casos graves desaparece la certeza del “soy yo mismo”. El afectado no sabe ya quien es, lo que coincide con trastornos de la vivencia del propio cuerpo, de la consistencia del yo, incluso de la vitalidad del yo. Podríamos citar el ejemplo de una depresión neurótica donde la paciente dice *«No soy ya más que una sombra... ya no siento nada... todo está lejos, muy lejos... como en una bruma»* (despersonalización y desrealización) (1).

En la práctica clínica un fenómeno típico de los grupos de ex-adictos en seguimiento es la presencia de vivencias de desrealismo. Síntomas que viran con el paso del tiempo desde la sorpresa y el extrañamiento en los primeros meses de abstinencia, a la despersonalización junto a una sensación de vacío existencial que suele acompañarles todo el proceso y que -cuando se agudiza o recrudece- puede augurar una posible recaída. A pesar de todo, la desrealización del ex adicto es percibida como ajena al sujeto, y si resulta egodistónica, no es por la componente cognitiva o racional de la misma sino por el impacto afectivo que el extrañamiento obra en él. A dicho propósito Jaspers (2) enmarca la extrañeza dentro de los caracteres anormales de la percepción concretada en el sentimiento de extrañeza que escolta a la percepción de realidades conocidas: *«les parece que todo es distinto...; todo parece asombroso, nuevo, como si hiciese largo tiempo que se dejó de ver»*. Este sentimiento (pues se trata más de un fenómeno afectivo que perceptivo) puede alcanzar su cénit en la desrealización, donde el entorno aparece como irreal, neblinoso, extraño o insólito. Cuando la desrealización se acompaña de despersonalización, el sentimiento de extrañeza abarcaría incluso al propio sentimiento de sí, al yo propio (al propio cuerpo). Algunos autores interpretan ven muy probable que la desrealización sea un producto derivado de la despersonalización». En la despersonalización hallamos a veces una afectación del espacio percibido, más

bien del espacio Individual. Sucede porque «el extrañarse de uno mismo» (despersonalización) corresponde a un extrañamiento del entorno humano y del entorno constituido por cosas (desrealización), dándose ambos extrañamientos unidos, como corresponde a la unidad entre el yo y su entorno (3).

La despersonalización consiste, pues, es una experiencia subjetiva de extrañeza o irrealidad de «sí mismo», mientras que en la desrealización dicha experiencia subjetiva se refiere al mundo externo. Ambos términos se usan a menudo como sinónimos. En cualquier caso el control de la realidad (el juicio y el raciocinio) está conservado pese al temor ansioso del sujeto de poder perder el control. A dicho respecto Castilla del Pino (4) se refiere metafóricamente a la barrera diacrítica como aquella que permite ubicar el acontecimiento, el objeto, en términos genéricos en el mundo real o el imaginario, debiéndose adecuar las reglas de actuación al espacio percibido o representado. Henry Ey (5) diferencia la vivencia de extrañeza de la de despersonalización. La primera consiste en un profundo cambio de la experiencia sensible que ya no le permite enlazar con los anteriores sistemas de referencias (denominada “*wahnstimmung*” por los alemanes). Esta experiencia generalmente es angustiante y se debe al carácter inefable de dicha experiencia, intensamente sentida, como un desquiciamiento, y -a la vez- muy difícilmente expresable y aún menos formulable. El sujeto no puede encontrar las palabras para analizarlo (5) y, aunque sufre, tiene una sensación de irrealidad consigo mismo pero necesita despegarse un poco de ello para poder describir el cuadro.

La adicción connota el transcurrir del espacio y del tiempo. Su realidad se acorta cuando el sujeto está narcotizado y se alarga en la abstinencia entre consumos. Incluso cuando supera la dependencia persisten esas percepciones alteradas. Cuando Scharfetter (1) menciona la «pérdida de la realidad del tiempo» se refiere a la falta de conciencia acerca de un continuo temporal, donde la vida aparece como «existiendo tan solo en el momento, desprendida del pasado y del futuro»: es la fijación de la existencia en un presente eterno. Ante ese «vacío sin tiempo» pueden experimentarse sensaciones de irrealidad de sí mismo (despersonalización) y otras vivencias de extrañamiento (desrealización). A esa *pérdida de la realidad temporal*, corresponde una vivencia de discontinuidad del tiempo: se acelera, se detiene, retrocede o falta a intervalos. Es justo lo que le pasa al adicto y al ex adicto (6).

Kimura (7) concibe la despersonalización como «sentimiento de pérdida del yo, de extrañeza del mundo de los objetos (que incluiría el propio cuerpo) y de discontinuidad del tiempo y del yo» coincidiendo con Meyer (8) en considerarlo como dos formas de un mismo trastorno de la relación entre el yo y el mundo

donde este queda reducido a una simple combinación de estímulos pasivamente captados (desrealización y despersonalización). En nuestro estar intencionalmente dirigidos al mundo se introduce una discontinuidad (desrealización y despersonalización) que impide que el yo se actualice como totalidad, se viva como idéntico, continuo y consecuente (9).

A diferencia del psicótico, el ex adicto (cuando se apercibe) se da perfecta cuenta de lo que le ocurre. Tiene plena consciencia de su desrealización y se siente extraño en su despersonalización (al fin y al cabo extrañamiento) por lo que sufre una especie de vacío existencial, que es una sensación característica de la despersonalización del ex adicto. Jaspers (2) concibe la vivencia de realidad como una significación de lo percibido, donde la defectuosa integración de la dimensión realidad-irrealidad se traduce en un compromiso del principio de realidad y apreciación de su persona referida a sus vivencias, a su yo psíquico, le resulta extraña, lejana y poco familiar, siendo la sensación de falta de pertenencia del mundo para sí lo que lo caracteriza al proceso junto a las perturbaciones de la conciencia del existir que le lleva a vivir como en un vacío insólitos sentimientos de existencia vacua, inconsistente, y sin sentido. Cita el ejemplo de una paciente casada con un cónyuge con graves perturbaciones de la personalidad, reiterativos y asfixiantes, que afirma *“cuando ya no tengo excusa y me veo obligada a volver a mi casa, siento que dejo de existir, todo se me paraliza, no hago nada, me tiendo en la cama y ni siquiera siento que pasa el tiempo, mi vida se transforma en un vacío sin sentido”*.

Cuando los clínicos se deciden a filiar la despersonalización acaban adscribiéndola a los trastornos disociativos. La CIE-10 la incorpora a la familia de las neurosis, como fenómeno secundario a situaciones de estrés, agrupando en una única categoría, el síndrome de despersonalización-desrealización para englobar todas aquellas presentaciones clínicas caracterizadas por síntomas de despersonalización o desrealización. Sin embargo la clasificación americana DSM-5 (10) (ver cuadro 1) es más explícita concretando que la característica esencial de este trastorno consiste en la vivencia de extrañeza o de distanciamiento de uno mismo. El afectado se siente un observador externo de los procesos mentales, del propio cuerpo o de una parte de él, como si estuviera ajeno, muerto o vacío, como si fuera un autómata o estuviera viviendo en un sueño o en una película. El DSM-5 sólo categoriza el trastorno de despersonalización incorporando la desrealización como un síntoma asociado.

Cuadro 1: DSM 5: criterios para el diagnóstico de despersonalización/desrealización (300.6)

A. Presencia de experiencias persistentes o recurrentes de despersonalización, desrealización o ambas. Trastornos disociativos: a. Despersonalización: Experiencias de irrealidad, distanciamiento o de ser un observador externo respecto a los pensamientos, los sentimientos, las sensaciones, el cuerpo o las acciones de uno mismo (p. ej., alteraciones de la percepción, sentido distorsionado del tiempo, irrealidad o ausencia del yo, embotamiento emocional y/o físico). b. Desrealización: Experiencias de irrealidad o distanciamiento respecto al entorno (p. ej., las personas o los objetos se experimentan como irreales, como en un sueño, nebulosos, sin vida o visualmente distorsionados). B. Durante las experiencias de despersonalización o desrealización, las pruebas de realidad se mantienen intactas. C. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. D. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., droga, medicamento) u otra afección médica (p. ej., epilepsia). E. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como la esquizofrenia, el trastorno de pánico, el trastorno de depresión mayor, el trastorno de estrés agudo, el trastorno de estrés post-traumático u otro trastorno disociativo.

Un editorial del British Medical Journal recopilado por Luque (11) se refiere a la despersonalización como una experiencia extraña, compleja y esencialmente subjetiva, siendo una de sus características la dificultad del individuo para comunicar una descripción comprensible de ella. Una de las características importantes de la experiencia es el sentimiento de cambio que afecta a los mundos interno y externo que se acompaña de una vaga e incómoda sensación de extrañeza». Por último, se ha indicado como característica esencial de la despersonalización la conservación del juicio de realidad, es decir, el carácter no psicótico del fenómeno (12).

Los criterios que tiene en cuenta la DSM (13) son los siguientes: presencia de episodios persistentes o recidivantes de despersonalización, caracterizados por la sensación de extrañeza o distanciamiento de uno mismo (Criterio A). El individuo se siente como si fuera un autómatas o estuviera viviendo en un sueño o en una película. Puede existir la sensación de ser un observador externo de los procesos mentales, del propio cuerpo o de una parte de él. Asimismo, hay diversos tipos de anestesia sensorial, ausencia de respuesta afectiva y sensación de pérdida de control de los propios actos (incluido el habla). El enfermo con trastorno de despersonalización mantiene intacto el sentido de la realidad (p. ej., es consciente de que se trata sólo de una sensación y de que no es un autómatas) (Criterio B). La

despersonalización es una experiencia común, su diagnóstico debe realizarse sólo cuando la sintomatología sea lo suficientemente grave como para provocar malestar o deterioro de la actividad normal de la persona (Criterio C). Debido a que la despersonalización puede darse en muchos otros trastornos mentales, no se debe realizar un diagnóstico de trastorno de despersonalización si la alteración aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej., esquizofrenia, trastornos de angustia, trastorno por estrés agudo u otro trastorno disociativo). Además, este trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica (Criterio D).

Clínica

La despersonalización asociada a la adicción proviene de los efectos agudos, subagudos y crónicos del consumo de sustancias; sin embargo, el síndrome de despersonalización-desrealización del ex adicto puede presentarse en sujetos que llevan varios meses o años sin consumir sustancias en forma de síndrome inopinado y sorprendente que el afectado no sabe a qué atribuir. Desconcertante tanto para el sujeto como allegados, incluso para muchos terapeutas que desconocen un fenómeno que equivocadamente pueden atribuir a la reaparición de deseos de consumir drogas. Debuta pues en plena abstinencia en forma de fenómeno asociado, persistente o secuencial que cursa con extrañamiento acompañado de sensación de desrealismo, alteraciones de la memoria y vacío existencial como síntomas principales.

Federn (14) señaló los trastornos del pensamiento, de la memoria y de la experiencia del tiempo como síntomas clave. Otros síntomas asociados no demasiado frecuentes en los adictos son ansiedad, depresión, pensamientos obsesivos, preocupaciones somáticas, fenómenos de flash back, *dejà vu* o *dejà vécu* y alteración de la sensación subjetiva del paso del tiempo.

Holmes y colaboradores (15) proponen un modelo de disociación de dos categorías: En la primera incorpora síntomas como la despersonalización y desrealización, las experiencias de estar fuera del cuerpo, la anestesia emocional, y la amnesia debida al déficit en el proceso. En la segunda incluye síntomas conversivos, la hipnosis, los automatismos, la identidad múltiple, y la amnesia debida al déficit en el recuerdo. La confusión en la identidad puede incluirse en ambas categorías, siendo un síntoma inespecífico (16).

Pacientes con capacidad narrativa y de introspección son capaces de describir el fenómeno espontáneamente, pero por desgracia lo más frecuente es la dificultad

del sujeto para comprender lo que le pasa y también del técnico para explicarle –a la recíproca- en qué consiste su proceso, aunque finalmente aquel acaba entendiéndolo (más por la vía afectiva que la racional). A la dificultad para describir sus síntomas se añade el miedo de que estas experiencias o sensaciones signifiquen que el individuo se está volviendo loco.

A la tríada sintomática extrañamiento, desrealización y vacío interior, cabe añadir fenómenos vivenciales que viran de unos a otros sujetos. La ensoñación o sensación de vivir un sueño permanente con (cierto) extrañamiento del yo, suele ser característico del ex adicto. *“Es como si la vida actual fuese un sueño y mi anterior vida de consumidor la auténtica”*. Con frecuencia se limita a una situación temporal que no llega ni a angustiarle. Ocasionalmente es una situación pasajera y transicional, quizá porque varios adictos están tan habituados a transitar del mundo interno al externo en su anterior vida narcótica que les resulta familiar y poco sorprendente, pasando por el extrañamiento como por un evento vital más.

Curso evolutivo

La desrealización del ex adicto es a menudo subclínica pero puede ser sufriente y pasar desapercibido por lo que el clínico debe profundizar para descubrir la *“falla despersonalizante”* del adicto. También puede el afectado haber superado un problema que no desea recordar, pasando sobre ascuas sobre el fenómeno cuando se le interpela. Respecto a la importancia sintomatológica, debe preocupar su potencial precipitador de recaída. Puede denotar que el ex adicto no está centrado en su realidad o que sufre una especie de crisis de identidad disociativa en el peor de los casos, pero también puede anticipar claudicación si el cuadro persiste y -sobre todo- si se acompaña de vacío existencial (por cierto, un sentimiento nada parecido al vacío psicasténico de Janet) más bien sería una sensación crónica de vacío sumamente egodistónica que no pocas veces es precursora de recidiva.

Distinto es el caso de sujetos que han consumido psicodislépticos y estimulantes que desarrollan un síndrome psicótico con una elevada componente de despersonalización (los famosos *“colgados”* y sobre todo las denominadas psicosis tóxicas como la postcannábica) que no tienen que ver con el fenómeno que estamos describiendo. Si en estos casos apareciera despersonalización sería imputable a la psicosis, no a la adicción, tanto en la morfología clínica como en la evolución ulterior.

El curso habitual en ex adictos (según mi experiencia clínica) suele ser subagudo o crónico (entre 3 meses y varios años) y discontinuo aunque mórbido y

tendente a la transformación. El curso de los pacientes convencionales no adictos es usualmente crónico y marcado por remisiones y exacerbaciones; pese a que, en ocasiones, puede ser episódico. La edad media de inicio es de alrededor de los 16 años, si bien el trastorno puede haberse iniciado y no detectado en la infancia. La duración de los episodios de despersonalización puede ser muy breve (segundos) o perdurable (años). La mayor parte de veces las exacerbaciones están relacionadas con acontecimientos estresantes reales o subjetivos.

Patogenia

Cuando colisiona el nuevo yo que va construyendo el exadicto con el todavía reciente yo adictivo de presencia siempre actual, es decir, la realidad nueva con la anterior vinculada al consumo y —sobre todo— cuando falla el objeto y no es sustituido por los otros o por una nueva motivación, sobreviene el desconcierto inicial, el extrañamiento ulterior y a veces la perplejidad plena. A dicho respecto Schilder (17) consideraba la despersonalización como un estado en el cual el sujeto se siente cambiado en comparación a su estado anterior. Este cambio afecta tanto a sí mismo como al mundo externo y lleva al sujeto a reconocerse sin personalidad; sus actos le parecen automáticos, observándose como un espectador. El mundo externo semeja extraño, perdido su carácter de realidad, apuntando como principales características la autoobservación, los trastornos de las imágenes, la distorsión de la percepción espacial y las sensaciones hipocondríacas. A partir de un modelo judicativo de la conducta, Castilla del Pino (3) explica la despersonalización como consecuencia de una inseguridad del sujeto en la denotación de la realidad y subsiguientemente en la interpretación de la misma. La inseguridad comporta angustia secundaria a la conciencia que tiene el sujeto de su incapacidad para asegurar la realidad que denota. En el adicto esto se traduce en una angustia fatalista y hasta cierto punto determinista similar a la «respuesta preformada» de Mayer Gross¹ (18) en el sentido de alteración crónica de la conciencia. En mi experiencia personal con pacientes epilépticos también encontré numerosos casos de experiencias de despersonalización temporales aunque sin ese sentimiento crónico de vacío que acompaña a los adictos.

¹ Mayer-Gross afirmaba que la «respuesta preformada» del cerebro en la despersonalización es similar a otros mecanismos preformados no específicos como las crisis epilépticas o el delirium pero que, sin embargo, la forma de la respuesta es autoespecífica. En el caso de la despersonalización, el mecanismo de la liberación de la «respuesta preformada» del cerebro sería una alteración de la conciencia

En pacientes no adictos el comienzo puede ser agudo o insidioso. Con el comienzo agudo, algunos individuos recuerdan el momento y lugar exactos de su primera experiencia de despersonalización. A ello puede seguirle un período prolongado de estrés severo, un evento traumático, un episodio de otro padecimiento mental o de abuso de sustancias. El comienzo insidioso puede retrotraerse tanto como alcance a recordar la persona, o puede debutar en forma de episodios más cortos de menor severidad que gradualmente cobran fuerza. Este trastorno es episódico en alrededor de un tercio de los casos, con cada episodio durando entre horas o hasta días a la vez. La despersonalización puede comenzar de modo episódico para luego llegar a intensidades constantes o variadas.

Diagnóstico diferencial

La despersonalización-desrealización o extrañamiento debido a los efectos fisiopatológicos directos de una sustancia se diferencia del trastorno de despersonalización convencional por el hecho de que dicha sustancia (p. ej., drogas, medicamentos, incluso comportamientos adictivos) se considera etiológicamente relacionada con el fenómeno de extrañamiento. En la intoxicación aguda o en la abstinencia de alcohol o de otras sustancias puede aparecer la despersonalización como síndrome. Por otro lado, el consumo de drogas puede intensificar los síntomas de un trastorno de despersonalización preexistente. Obviamente este no es el caso que nos ocupa, ya que se trata de averiguar que el ex adicto no hubiera presentado dicho síndrome durante la desintoxicación, y -si lo hubiera tenido en la época de consumo activo- el síndrome estaría absolutamente remitido, de tal guisa que el mismo debuta cuando el sujeto lleva meses abstinentes de forma imprevista.

Algunos autores (19-20) coinciden en que el síndrome de despersonalización no presenta manifestaciones conductuales características y no se conoce la patogenia, incluso cuestionando el término “despersonalización” y la manera de emplear el vocablo para diferenciar a quienes realmente presentan despersonalización (o desrealización) de aquellos que aplican dicho término o conceptos afines en el lenguaje convencional. Aunque el concepto de despersonalización ha estado presente desde hace unos 100 años, la controversia en torno a los síntomas específicos y otras características aún no se ha resuelto (21).

Para la American Psychiatric Association (13) el trastorno de despersonalización no debe diagnosticarse por separado si los síntomas aparecen exclusivamente en el transcurso de una crisis de pánico que forma parte de un trastorno de angustia,

de una fobia específica, de una fobia social o de un trastorno por estrés agudo o por estrés postraumático. A diferencia de lo que sucede en la esquizofrenia, en este trastorno el sentido de la realidad se encuentra intacto. La pérdida de sentimiento asociada a la despersonalización puede parecerse a la depresión. Sin embargo, el apagamiento humoral en sujetos con trastorno de despersonalización se asocia a manifestaciones de despersonalización (p. ej., el distanciamiento de uno mismo) y se presenta incluso cuando el individuo no se encuentra deprimido.

Los síntomas característicos de la desrealización son las sensaciones de que el entorno del sujeto carece de espontaneidad, de profundidad o de matices emocionales. Además suele ser un efecto secundario transitorio de las intoxicaciones psicotrópicas agudas, la privación de sueño y el estrés. En tanto que la despersonalización es una experiencia subjetiva de irrealidad del sí mismo, la desrealización se refiere a la percepción de irrealidad del mundo externo. Ambos términos se usan a menudo de forma indistinta, aunque las pruebas sugieren que se desarrollan según diferentes mecanismos neurobiológicos. Una desrealización crónica puede ser causada por una disfunción temporo-occipital. Estos síntomas son comunes en la población, con una prevalencia de hasta un 74% y entre 31 y 66% del tiempo en un evento traumático. (22)

Podría hacerse diagnóstico diferencial de la desrealización con los siguientes procesos: psicosis esquizofrénica, trastorno de ansiedad (estrés agudo, ataque de pánico), consumo de drogas (en especial psicodislépticos y psicoestimulantes), síndrome de abstinencia alcohólico, lesiones cerebrales (traumatismos, ictus, cicatrices, tumores), lesiones vestibulares, migraña. También se puede presentar en síndromes mucho más raros como, el síndrome de la mano ajena, los síndromes del lóbulo frontal e incluso la anisodiaforia-anosognosia o síndrome de Capgras (23). El trastorno de despersonalización debe diferenciarse de los síntomas debidos a una enfermedad médica (p. ej., epilepsia de origen orgánico) (23), para lo que hay que basarse en la historia clínica, los hallazgos de laboratorio y la exploración física.

Comorbilidad

Se ha referido que la despersonalización es la tercera experiencia psicopatológica más común tras la ansiedad y la depresión (24). Los precipitantes más comunes suelen ser el estrés intenso, la depresión clínica y los trastornos de pánico, además del consumo de sustancias, en especial los derivados cannábicos, los psicodislépticos y los psicoestimulantes.

El manual DSM señala que la hipocondría, el trastorno depresivo mayor o distímico, los trastornos de ansiedad, los trastornos de personalidad (más habitualmente por evitación, límite y obsesivo-compulsivo) y los trastornos relacionados con sustancias pueden también coexistir con el trastorno de despersonalización. La despersonalización y la desrealización son síntomas muy frecuentes en las crisis de angustia y son más habituales cuando los síntomas de ansiedad siguen a un agente estresante traumático, como en el trastorno por estrés postraumático. Sin embargo, no debe hacerse el diagnóstico de trastorno de despersonalización por separado cuando la despersonalización y la desrealización aparecen exclusivamente en el transcurso de las crisis. Además ha sido asociado con el trastorno de estrés postraumático en la infancia, particularmente con el abuso sexual y también el emocional.

Ansiedad

Los fenómenos de despersonalización suelen ser egodistónicos. Diferentes autores (24, 28) inciden en lo importante que es entender la diferencia entre la ansiedad que motiva la despersonalización como reacción defensiva y la ansiedad causada por la sensación de irrealidad, diferenciando la sensación de irrealidad con respecto al yo o al mundo externo y la sensación de estar separado de sí mismo. Autores como Oberndorf y Silva (25-26) atribuyen directamente a la ansiedad los sentimientos de irrealidad y de despersonalización. Sin embargo otros autores la correlacionan con la depresión (27) o el binomio ansiedad-depresión aduciendo que la ansiedad produce despersonalización junto a de ataques de pánico, lo que mejora con el tratamiento de ansiolíticos. En el caso de la depresión, la despersonalización puede conducir a una fase depresiva persistente y -por ende- a aumentar la resistencia a la terapia antidepresiva. (28)

Trastorno obsesivo compulsivo

Ziegler (29) describe dentro del TOC el sentimiento de irrealidad asociado: estados afectivos o emocionales en los que el medio ambiente o el cuerpo del paciente parece antinatural en virtud de su naturaleza compulsiva. También la relación entre la despersonalización (desconexión con el cuerpo, sentimientos o acciones) y la sintomatología obsesivo-compulsiva, la cual se discute en términos de similitud fenomenológica, comorbilidad y evidencia de una disfunción serotoninérgica subyacente en ambos.

Psicosis y trastornos delirantes

Hay autores (30,31) que señalan la relación entre la psicosis y el sentimiento de irrealidad, que se da en las etapas tempranas de la esquizofrenia. Otros estudios

vinculan ciertos síndromes delirantes, como el delirio de Cotard y el síndrome de Capgras, a una extrema despersonalización (32). En cualquier caso el síndrome de despersonalización se presta a confusión diagnóstica con la esquizofrenia paranoide; de ahí lo importante que es realizar un diagnóstico diferencial del síndrome de despersonalización-desrealización. (33)

Trastorno de la personalidad

Amerio (34) distingue dos tipos de personalidades: uno con grandes aspiraciones realistas acompañadas de seguridad en si mismo, y un segundo tipo con grandes aspiraciones pero irreales, acompañadas de inseguridad en sí mismo y dificultad para establecer relaciones sociales. Explica que el sentimiento de irrealidad está asociado a factores emocionales y afectivos en la actividad perceptiva/cognitiva de estos individuos.

Otros trastornos

Estudios de comorbilidad (35) relacionan estrechamente la despersonalización y el trastorno obsesivo-compulsivo. Dichos estudios lo correlacionan también con el trastorno dismórfico, la tricotilomanía, el síndrome de la Tourette y los trastornos de alimentación. Diferentes autores (36) investigaron la relación entre la conducta autodestructiva y la despersonalización. Aksamit (37) estudió el burn-out típico de trabajadores que tratan a adictos describiendo un cuadro caracterizado por cansancio emocional, despersonalización y una reducida realización personal. Incluso se han descrito casos donde la autosugestión podía originar síntomas de despersonalización en ancianos al ser expuestos al tema de la muerte (38)

Despersonalización y adicción

La mayor parte de estudios sobre el binomio despersonalización adicción se refieren a drogodependientes en activo o a los efectos inmediatos de las sustancias. En uno de ellos (39) se comparaban sujetos adictos (sobre todo al cannabis y alucinógenos) con no adictos que padecían despersonalización. Ambos grupos presentan un curso y deterioro análogo con tendencias suicidas y una respuesta limitada al tratamiento. Otro estudio similar (40) comparando pacientes con trastorno de despersonalización inducido por consumo de drogas y pacientes con trastorno de despersonalización simple no hallaba diferencias clínicas significativas respecto al trastorno.

En nuestro medio no encontramos diferencias entre el alcoholismo y otras drogodependencia, aunque hay estudios (41) que obtuvieron niveles más altos de

despersonalización en ex alcohólicos que entre ex adictos (cocaína). Ambos grupos presentan elevados niveles de despersonalización en función de los años de abuso de sustancias. Las experiencias disociativas parecían ser un efecto residual crónico del abuso de sustancias (42).

El consumo de LSD puede dar lugar a síntomas de extrañamiento, despersonalización, alucinaciones, delirios y proyección de los procesos corporales. (43,44,45). Entre los escasos estudios con ex adictos Keshavan (46) presenta el caso de dos sujetos que presentan síndrome de despersonalización cuando dejan de consumir cannabis.

Internet también puede despersonalizar. Beutel (47) encontró que la utilización de la red para afrontar estados afectivos negativos en detrimento de la búsqueda de apoyo social, conduce al sujeto a un círculo vicioso con aumento de estrés y dependencia de internet que puede dar lugar a un comportamiento adictivo. La utilización problemática de la red se asocia con una evitación de las emociones negativas y una mayor tasa de despersonalización.

Patogenia

Hipótesis neurobiológicas

Como es de suponer, los hallazgos neurobiológicos son poco concluyentes. En no pocas ocasiones la despersonalización está asociada a un deterioro en los procesos perceptivos y atencionales, dado que estos pacientes rinden peor en tareas de memoria verbal y visual inmediata (48). Estudios de neuroimagen revelan alteraciones de la actividad metabólica en la corteza asociativa, con hiperactivación prefrontal e inhibición de la zona límbica ante estímulos aversivos (49). En un estudio de Atakan y colaboradores (50) la corteza temporal medial, temporal ventral y el cerebelo mediaban los efectos del tetrahidrocannabinol induciendo despersonalización y síntomas psicóticos. Sumich (51) ha encontrado correspondencia entre síntomas de irrealidad (alucinaciones y delirios) con disfunción en el gyrus temporal superior y la circunvolución de Heschl subyacente en varones con esquizofrenia reciente.

Hipótesis psicosociales

Varga (52) formula la base teórica para una hipótesis histórica y con tradición fenomenológica. Los sentimientos característicos de irrealidad están conectados a un sentido y una experiencia disminuida de la realidad, lo que se relaciona con una debilitación de conocimientos tácitos intersubjetivos. Sierra (53) propone que

la despersonalización se constituye por varias dimensiones independientes por lo que es más un síndrome que un síntoma. Halla correlatos neurobiológicos como la desconexión funcional entre la percepción y sus concomitantes afectivas que forman la experiencia. Un factor de riesgo es el desarrollo en culturas individualistas. Los dinamicistas también formulan sus propias hipótesis (54) postulando que el sentimiento de realidad es despreciado cuando la ansiedad del sujeto es muy alta, de tal forma que la persona la intenta reducir a través de la negación maniaca. Hacen una interpretación psicodinámica de la ideología de la desregulación y explican que el sentimiento de irrealidad es inconsciente y se forma por la ansiedad, trauma, regresión y/o delirio. Otros autores (55) invocan sentimientos de irrealidad (asociados con sentimiento de inferioridad, miedo a la soledad, a la muerte y la locura) que se desarrollan como medidas de protección contra la ansiedad provocada en la niñez cuando no se recibe apoyo afectivo parental. En el mismo sentido Washburne (56) asegura que el sentimiento de irrealidad se da primeramente cuando las personas no reciben “el afecto del objeto primario de amor”. Posteriormente las siguientes personas con las que se relacionan no consiguen sustituir ese vacío, de tal manera que la persona queda suspendida y no consigue avanzar. También Oberndorf (57) ubica el origen del sentimiento de irrealidad y se basa en el complejo de Edipo y en los conflictos entre el super-ego y el ego y los mecanismos de defensa.

Despersonalización y género

El trastorno de despersonalización afecta a hombres y mujeres por igual. Sin embargo hay estudios contradictorios. Algunos autores (58) aseguran que los hombres presentan mayores tasas de despersonalización que las mujeres a causa del estrés laboral. Las mujeres presentan mayor control interno y habilidades de afrontamiento lo cual se asocia con la menor despersonalización. Otros, al contrario, sobre el síndrome de irrealidad en la esquizofrenia, dicen que las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas, mientras que los varones tienen mayores diferencias en la asimetría cerebral (59).

En un estudio comunitario holandés (60), de los ocho altos anotadores, 7 eran mujeres. Por lo tanto, el 2,9% de las mujeres y el 0,7% de los hombres tienen puntuaciones por encima del punto de corte de 2,5 en una proporción de 4 a 1. En otro estudio turco, aunque no hubo diferencias en las puntuaciones medias DES intergénero, hubo dos veces más mujeres que hombres entre los puntajes más altos. Por otro lado, en una gran muestra de psiquiatría general en Alemania, no se

encontraron diferencias significativas de género en la distribución de los disociadores altos. Un estudio realizado en Finlandia (60) no halló diferencias entre niños y niñas en las puntuaciones de disociación en una muestra comunitaria de adolescentes. La diferencia entre los estudios sobre la distribución de género entre los altos anotadores en la comunidad puede ser interpretada por factores culturales, incluyendo las que afectan a la prevalencia de trauma infantil.

Prevalencia de los trastornos disociativos

Se desconoce la prevalencia del trastorno de despersonalización. Se cree que un 50% de la población general adulta ha podido presentar alguna vez en la vida al menos una experiencia de despersonalización, probablemente originada por un choque psicógeno o evento grave. Una tercera parte de los sujetos expuestos a situaciones vitales amenazantes y un 40 % de los pacientes psiquiátricos hospitalizados podrían presentar episodios de despersonalización. La edad promedio de comienzo es la adolescencia y los primeros años de la veintena, aunque algunos informan de comienzos tardíos (como en nuestro caso). Aunque el concepto de despersonalización- desrealización ha estado presente desde hace unos 100 años, la controversia en torno a los síntomas específicos y otras características aún no se ha resuelto (11). La incidencia y prevalencia es difícil de determinar por la falta de consenso y la dificultad de una medición fiable, pero no suele diagnosticarse y episodios aislados de despersonalización son frecuentes incluso entre la población normal (49). Estudios concurrentes (22) estiman la prevalencia del trastorno de despersonalización en un 2.5% de la población. Los trastornos disociativos en general suelen estar infradiagnosticados, por lo que la prevalencia es más alta de lo que se cree (61). Estudios comunitarios sobre la prevalencia de los trastornos mentales daban cifras para la despersonalización oscilantes entre el 1,6 y 2,4% para la población general (62). Son escasos los estudios en consumidores y mucho menos en ex adictos. Un estudio (63) en el que se aplicaban las escalas DES y DDIS a 100 abusadores de sustancias, halló 39 (39%) que presentaban también un trastorno disociativo, cumpliendo criterios para un diagnóstico positivo un 14% de ellos.

En un estudio propio (64) con una muestra de 125 sujetos ex-adictos y 125 voluntarios no consumidores utilizando la escala DES encontramos una prevalencia del 5,08% para la población normal y del 19,35% en ex-adictos. Empleando la escala CDS-VE-11 la prevalencia no llegaba al 1% entre la población normal y ascendía al 20,5% entre la población de ex adictos. Varios estudios realizados en series conse-

cutivas de pacientes internos y externos en instituciones psiquiátricas generales en diversos países arrojaron resultados en función de la zona de influencia de la institución en particular. (Ver tabla 1) Dos estudios realizados en América del Norte indicaban que 13,0 a 20,7% de los pacientes psiquiátricos hospitalizados tenían un trastorno disociativo [22, 23]. Otros estudios sobre los trastornos disociativos en Estambul, Turquía, arrojaron una prevalencia ligeramente superior al 10% entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados y ambulatorios [24]. Dichas tasas fueron inferiores en los Países Bajos [26] y Alemania [18] en pacientes hospitalizados, con un 4,3% -8,0% respectivamente. Un estudio realizado en Finlandia [28] reportó tasas más altas para los pacientes psiquiátricos ambulatorios (14,0%) mientras los pacientes hospitalizados ascendieron al 21,0%. En un estudio realizado en Zurich, Suiza, en pacientes psiquiátricos ambulatorios severamente deteriorados, la prevalencia de los trastornos disociativos alcanzó un 25,0% [30].

Tabla 1: Estudios de prevalencia

Estudio	N	Muestra	DD%	DID%
Anderson et al (1993)	51	Supervivientes de abuso sexual	88.0	54.9
Davis & Davis	109	Pacientes ambulatorios británicos	15.2	6.73
Goff et al (1 92)	100	Trastorno Obsesivo compulsivo	10.0	0.06
Latz, et al. (1995)	176	Mujeres internadas en hospital estatal	31.3	11.9
McCallum et al (1992)	38	Trastornos de la alimentación	29.0	10.0
Ross (1991)	454	Residentes de la comunidad	11.2	1.3
Ross, et al. (1991)	299	Pacientes hospitalizados	20.7	3.6
Ross, Kronson, et al (1992)	100	Drogodependientes	39.0	14.0
Saxe et al. (1993)	110	Pacientes hospitalizados	13.6	3.3
Von Braunsberg (1994)	100	Psiquiátrico forense	22.0	17.0
Von Braunsberg (1994)	402	Estudiantes universitarios	3.5	0.5

DID: Trastorno disociativo de la identidad DD: Trastorno disociativo en general DID Estudios de Prevalencia. Fuente Sidran Institute

Evaluación

Pese a lo poco que se diagnostica abundan los instrumentos que miden el síndrome de despersonalización-desrealización. En este apartado voy a reseñar algunas de las más empleadas tal y como se muestran en la tabla 2. Quizá el instrumento

más conocido y utilizado sea la Escala de Experiencias Disociativas (Dissociative Experiences Scale de Bernstein & Putnam, 1986 (DES) (65) considerado un test de cribado autoadministrado de 28 ítems que parece tener validez predictiva respecto a los trastornos disociativos aunque escaso valor discriminante. También existe una Escala de Experiencias Disociativas Adolescente (Adolescent Dissociative Experiences Scale (A-DES) (66) que mide la disociación patológica durante la adolescencia (66). La versión española de la DES (Icarán, Colom y Orengo (1996) (67-68) es aplicable tanto para la población clínica como para la población no clínica. Tiene 3 subescalas: experiencias de amnesia o lagunas en la continuidad de la conciencia; despersonalización, desrealización y absorción (“absorción imaginativa” o “síntomas disociativos comunes”) y alteración de la identidad. Existe incluso una versión modificada (DES-M) adaptada al contexto argentino (69).

Para Fiona Kennedy (70), los fenómenos disociativos en su mayor parte están sin resolver por los teóricos cognitivos. Las medidas actuales son atóricas y nuestra comprensión de la disociación se ha visto obstaculizada por la ausencia de modelos psicológicos claros. La Wessex Dissociation Scale (WDS) representaría un nuevo modelo cognitivo de la disociación, afirmando la autora poseer algunas ventajas sobre el DES, como -por ejemplo- poseer mayor sensibilidad a las manifestaciones más leves de la disociación, confiriendo un soporte preliminar para la utilidad del modelo cognitivo y las variadas consecuencias de los procesos disociativos. La Escala de Despersonalización de Cambridge (Cambridge Depersonalisation Scale, CDS) (71) mide frecuencia y duración de los síntomas de despersonalización en los últimos 6 meses. Los ítems describen experiencias que afectan a diferentes modalidades sensoriales. Molina desarrolló la versión española de la CDS (72). La Entrevista Estructurada de Steinberg (Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorder (SCID-D) (73) reconoce cinco síntomas principales: amnesia disociativa, despersonalización (sensación de desconexión o extrañeza de uno mismo), desrealización (sensación de desconexión de personas del entorno), confusión de identidad (lucha interna sobre el sentido de uno de uno mismo), y alteración de la identidad (actuar como una persona diferente).

Tabla 2. Instrumentos para medir la despersonalización.

ESCALAS DE CRIBADO	ESCALAS DIAGNÓSTICAS AUTOADMINISTRADAS	ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS
DES: Escala de Experiencias Disociativas de Bernstein y Putnam	MID: Inventario Multidimensional de Disociación	Examen del Estado Mental para Disociación de Loewenstein
A-DES : Escala de Experiencias Disociativas para Adolescentes	CDS: Escala de Despersonalización de Cambridge	DDIS: Entrevista de Trastornos Disociativos de Colin Ross.
SDQ: Cuestionario de Disociación Somatoforme de Ellert Nijenhuis	DP-PV: Escala de despersonalización presente-vida	SCI-DER: Entrevista Clínica Estructurada para la desrealización-despersonalización Spectrum
Cuestionario de Steinberg		

Tratamiento

Se han empleado prácticamente todas las familias de psicofármacos en el tratamiento de la despersonalización. También numerosas técnicas psicoterapéuticas como la terapia de aceptación y compromiso y las técnicas cognitivo-conductuales. Aunque numerosos estudios se refieren al tratamiento específico, lo cierto es que en la práctica clínica común, la mayor parte de veces la intervención forma parte de un diagnóstico más amplio (por ejemplo TOC asociado a despersonalización o psicosis asociada a desrealización).

Con gran diferencia los fármacos más utilizados son los anticomiciales y dentro de ellos, la lamotrigina se lleva la palma en cuanto a estudios clínicos (74-75) Los resultados son contradictorios como muestran los ensayos clínicos de Sierra y colaboradores (76-77) en pacientes con trastorno de despersonalización, observando que respondían a la lamotrigina cuando ésta se combinaba con fármacos antidepresivos. En posterior estudio (78) concluyen que la lamotrigina per se no es eficaz en el tratamiento del trastorno de despersonalización, al menos en monoterapia.

Los antipsicóticos en principio parecen más inductores que neutralizadores de despersonalización. Sin embargo, en casos concretos y por lo general agudos, parecen tener sus indicaciones. Se cita el ejemplo de un ataque de pánico producido por el consumo de cannabis que con quetiapina mejora los síntomas de despersonalización y desrealizacion. También se ha empleado la olanzapina asociada a citalopram (79). Un paciente bipolar con despersonalizacion después del tratamiento con flufenazina mejoró tras tratamiento con sales de litio (80). Precisamente los

sujetos tratados habitualmente con estas sales pueden presentar despersonalización cuando la administración de litio no es continua o se consume por debajo de la dosis terapéutica (81).

Otro grupo farmacológico ampliamente utilizado han sido los agonistas-antagonistas opiáceos. Quienes lo aplican aducen que hay pruebas de la existencia de una desregulación del sistema opioide subyacente al trastorno de despersonalización. Para dichos autores (82) la naltrexona parece reducir los síntomas de despersonalización, aunque también se ha utilizado la naloxona (83), e incluso la combinación de antagonistas opiáceos (naltrexona, nalmeferne y naloxona) con resultados positivos (84). Otra familia ampliamente utilizada es la de los antidepresivos. Los ISRS (85) han sido los más empleados y dentro de ellos, la fluoxetina (86), aunque casi nunca en monoterapia y la mayoría de veces para un conjunto sintomático más amplio (87). Algunos autores significan que la fluoxetina no produce resultados superiores al placebo en el tratamiento del trastorno de despersonalización. (88). Otras combinaciones son venlafaxina y citalopram (89), y citalopram-onanzapina para los síntomas de despersonalización y alucinaciones residuales en pacientes con esquizofrenia. (90)

Los antidepresivos tricíclicos como la clorimipramina y la desipramina se han empleado en la despersonalización primaria. (91-92). También los estimulantes como el metilfenidato (93) y la asociación de ambos. (94)

Los ansiolíticos ocupan un lugar complementario. Es sabido que la privación tras un consumo crónico de benzodiazepinas puede ocasionar despersonalización (95). También la ansiedad y los ataques de pánico (96) que según algunos autores (95-96) mejora con el tratamiento de ansiolíticos.

Respecto a la psicoterapia de la despersonalización se han utilizado técnicas como terapia de aceptación y compromiso, la terapia de comportamiento dialéctica y la terapia cognitiva (97). Las intervenciones psicoterapéuticas rara vez han ido dirigidas al síndrome de despersonalización en concreto; por lo común se orientan al trastorno asociado (depresión, TOC, ansiedad, etc.). Un estudio de Hunter con 21 pacientes (98) que padecían despersonalización empleando técnicas cognitivo-conductuales mostró eficacia relacionada con la reducción de los niveles de ansiedad y depresión al intervenir sobre las atribuciones negativas y catastróficas que conducían a pensamientos y comportamientos que perpetuaban y agravaban los síntomas.

En conclusión, parece que la eficacia parcial obtenida por algunos fármacos o técnicas psicoterapéuticas se debe no tanto a la actuación específica sobre el fenómeno que nos ocupa sino a la mejoría clínica de los síntomas asociados.

Estudio con adictos afectados de despersonalización-desrealización

Datos de un estudio propio (64) con una muestra de 125 sujetos ex-adictos y 125 voluntarios de grupo control utilizando las escalas de Steinberg, CDS-VE-11 y DES (ver apartado evaluación) arrojaban medias por encima del punto de corte en todos los casos en el grupo de ex adictos (ver tabla 3).

Tabla 3: Estudio propio sobre despersonalización y adicción (Sirvent, 2014)

Escala / <i>punto de corte</i>	Steinberg <i>(24)</i>	CDS-VE-11 <i>(22,5)</i>	DES <i>(30)</i>
Grupo control	22,30	14,21	17,84
Grupo ex adictos	38,00	27,5	30,96

N=250, $p \leq 0,001$

Estudio cualitativo

Entrevisté separadamente a 12 sujetos que llevaban un mínimo de 18 meses sin consumir sustancias con síntomas presentes de despersonalización. Les efectué una entrevista semiestructurada videograbada debidamente autorizada con los siguientes ámbitos de exploración: memoria, cognición (pensamiento y lenguaje), afectos y emociones, conciencia, desrealismo, vivencias de extrañeza e ilusión, pérdida de la propia identidad, antecedentes autoperceptivos, vivencias y sensaciones de despersonalización o desrealismo, rememoración de sensaciones y sentimientos ya superados (y recorrido temporal) e identificación del yo pre-terapéutico vs. yo actual.

Resultados del estudio

Alteraciones de la memoria y cognición:

Casi todos los entrevistados tienen la sensación de haberse deteriorado, de haber perdido memoria y facultades intelectivas; si bien la mayoría de veces lo consideran un problema transitorio y reversible.

Quizá lo más relevante sea la presencia de recuerdos falseados: fantasías, memoria selectiva y falseamiento del recuerdo con la que suplen lapsos de confusión mnésica que quizá compensen recuerdos de otro modo nocivos: *“La realidad no me gustaba y modificaba la película a mi medida. Construí mi propia realidad y ahora me siento extraña en la realidad normal, añoro mis años de perpetua fantasía, aunque mis recuerdos son siempre difusos”*.

Falseamiento del recuerdo: *“Llevo años recordando una tarde en que llevé a mis hijos pequeños con una amiguita al cine. Lo bien que lo pasamos y el delicio-*

so recuerdo de aquella tarde. Recientemente he sabido que mis dos hijos, ahora cerca de la veintena, han trabajado con un psicólogo aquella horrible tarde en la que quedé dormida en estado de ebriedad y ni los clientes del cine eran capaces de despertarme. He utilizado la fantasía para proteger a mis hijos. Cambié la tristeza de lo que ocurrió por la felicidad de un falso recuerdo, protegiéndome de paso de los sentimientos de culpa". El falseamiento mnésico se erige en mecanismo de defensa. "Siempre tuve una memoria excelente, pero he borrado selectivamente cosas, creo que como mecanismo de protección, el falseamiento del recuerdo es algo sistemático en mí".

Afectos y emociones:

Cuando se presenta el fenómeno aparecen cambios de humor y labilidad afectiva. "Lo que más me agobiaba es pensar que no me iba a recuperar y eso me provocaba angustia", lo que a su vez le retroalimentaba el síndrome". La culpabilidad es habitual, así como el sentimiento reiterativo de claudicación "Tanto tiempo esforzándome en curarme y al final no voy a ser capaz". Desrealismo, sensación de que este mundo es irreal (antes y ahora). "Me pasaba en la época de consumo pero no ahora. Esto no me está ocurriendo a mí, era una cosa inexplicable pero sentida. Tengo una sensación permanente de inseguridad [temor psicógeno y timopático]. "Es un temor indefinido, a cosas irreales que me bloquean". También es frecuente recordar sensaciones y sentimientos ya superados (y su recorrido temporal). "Sobre todo la música me transporta a situaciones anteriores".

Vivencias de extrañeza:

Una paciente —conocedor de estos conceptos— decía: "A menudo tengo la sensación de que todo es un sueño. Llegué a pensar que el mundo, nuestra vida, podía ser el sueño de otro como dicen los existencialistas. Tengo sensaciones de extrañeza (sic), de sorpresa de lo que soy o puede ser. Pero sin volverme loca, controlo la realidad y sé que son sensaciones, penosas, eso sí. Me he mirado al espejo y no me reconozco. También me pasaba cuando bebía". Se sienten espectadores de su propia vida. "Ahora me pasa que no veo la vida como si fuera mía que soy una especie de espectadora quizás porque al ser todo nuevo lo siento como irreal"

Sensación de despersonalización;

O de pérdida de la propia identidad. "Dudo sobre mi identidad porque me estoy redescubriendo en las terapias. He reexperimentado sentimientos pasados y aparentemente superados, dando saltos en el tiempo viviendo sentimientos de irrealidad. ¿Qué hago yo aquí, quien soy? (se lo preguntan tanto cuando se dro-

gan como en estado de abstinencia). *La despedida de mi personaje antiguo en una actividad terapéutica me agobió me produjo una crisis de identidad. Mi personaje me asusta*".

Vacío existencial:

"Las sustancias me han dejado un poso de insatisfacción que, unida a la decepción y el vacío experimentado, me hacía decidir que no me compensaba el esfuerzo de curarme. ¿Para qué? ¿Esta es la vida que me espera? Siento decepción, desilusión, vacío e insatisfacción. Quizá influya el pensar que esta vida es monótona que no estimula lo suficiente; en cualquier caso este es el argumento que más pesa en contra de mi recuperación. Mi autopercepción era siempre muy negativa, de no merecer yo la pena como persona y no tener ganas de cambiar, aunque tampoco era una lacra un problema. El mundo que me construí en parte subsanaba ese precario concepto de mí misma".

Identificarse con el yo de consumo

"Me identifico más con el yo del consumo que con el actual (al menos durante determinadas etapas). Muchas veces, porque me resulta más fácil y cercana esta identificación con el yo del consumo con ese otro personaje que he sido. Mi ambiente de origen me recuerda y revive situaciones que me desbordan y me lleva a claudicar. A lo mejor es que bajo demasiado la guardia. Me rememora la irrealidad me despierta aspectos dormidos, cosa que en esta otra ciudad, alejada de mi ambiente habitual de consumo no me pasa".

Presentación de un caso clínico

A continuación presento el caso de un paciente con un profuso síndrome de despersonalización-desrealización que despertó mi interés por el tema. Se trataba de un varón de 35 años, con buen nivel cultural y capacidad narrativa, antiguo consumidor de cocaína que llevaba casi 3 años de abstinencia. Acudía a sesiones de seguimiento post tratamiento con un psicólogo para solventar lo que parecía un síndrome depresivo reactivo por mala adaptación a su nuevo entorno. El psicólogo me solicitó una interconsulta psiquiátrica. El paciente me describió sintomatología difusa hipotímica con algunas somatizaciones y una acusada crisis de identidad que me llamó la atención. Le pedí permiso para grabar las entrevistas de las que transcribo algunos fragmentos,

No tenía una percepción concreta de mí mismo ni de lo que me rodeaba. Recuerdo todo como un sueño, una nebulosa, en la que yo me creía mis propias

fantasías dejando volar la imaginación” [no había signos de psicosis]. Los problemas los solucionaba en décimas con un sentimiento absoluto de autosuficiencia. Mi prepotencia también se debía al efecto euforizante de las drogas.

Me puse en tratamiento porque ya descontrolaba demasiado y me iba deteriorando, Perdiendo capacidad de razonamiento, memoria. . . , tengo una laguna mental de los últimos años de consumo. Incluso ahora todavía sufro lapsos mentales. Me afloran muy malos recuerdos llenos de culpabilidad y fracaso. Me persigue el recuerdo de haber hecho el tonto, sentirme idiota, de no haber desarrollado mis capacidades con el potencial que tenía.

Poco a poco sentí el despertar de la consciencia no me daba cuenta de nada hasta que empecé a revivir el yo interno adormilado. Fue a partir de los tres meses de tratamiento, como el despertar lento de un sueño. Me sentía como si yo fuera un caramelo al que quitan poco a poco el envoltorio.

Tenía la consciencia totalmente dormida. Poco a poco he ido saliendo de un largo sueño, sintiendo que volvía a nacer. Recuerdo perfectamente un sentimiento de sorpresa, de sentirme extraño al encontrarme en un mundo nuevo que no reconocía. Por una parte me alegraba de haberme alejado de aquella pesadilla, por otra, me sentía ajeno a este nuevo mundo de normalidad hasta el punto que me desubiqué totalmente. Recuerdo una anécdota: me mire a un espejo en el centro terapéutico y no me reconocía, no en cuanto al físico sino a la persona. Me vino un gran sentimiento de vacío, la sensación como de que algo moría dentro de mí que dejaba un hueco que no llenaba y que he ido cubriendo poco a poco. Por las noches al acostarme y por la mañanas al despertar siempre me decía ¿qué hago yo aquí, donde estoy, quien soy realmente? Menos mal que no me lo callaba lo hablaba con el terapeuta, que me aliviaba mucho. Al principio estás totalmente perdido, sumergido en recuerdos de oscuridad total. Luego poco a poco vas cogiendo consciencia de quién eres, aunque tu propia extrañeza te impide escribir.

Peleas en una lucha interior en la que te identificas más con el yo adicto que el abstinentes actual. Tu esquema de pensamiento es ése por mucho que quieras cambiarlo. Todavía hoy oigo una conversación sobre drogas y escucho con atención selectiva, como si ese fuera mi mundo aunque en realidad no lo recuerdo pero lo tengo interiorizado.”

Tras una prolongada intervención el paciente se encuentra por fin identificado con su vida actual, plenamente satisfactoria. Tiene pareja, ocupación y un proyecto de vida y han desaparecido prácticamente todas las vivencias de desrealización.

A modo de corolario procede citar a Monedero (99) para quien la desrealización representa la experimentación de extrañeza hacia sí mismo y hacia el mundo circundante en forma de sentimiento doloroso, donde el sujeto despersonalizado ha terminado por transformar su cuerpo en un objeto entre los objetos, por lo que su sentimiento de extrañeza respecto de él no hace otra cosa que replicar una evidencia. El yo, según plantea las cosas este autor, ha dejado de estar encarnado en el cuerpo y se ha transformado en un extraño.

Hallazgos y discusión

Confirmando la presencia de un fenómeno de despersonalización-desrealización propio de sujetos ex adictos a drogas (y comportamientos adictivos en general) caracterizado por extrañamiento, sensación de irrealidad, alteraciones del recuerdo y vacío existencial como síntomas cardinales.

El abanico de síntomas se extiende a lo siguiente: 1) Alteraciones cualitativas de la memoria y cognición: fantasías, memoria selectiva y falseamiento del recuerdo. 2) Alteraciones afectivo-emocionales con sensación de que este mundo es irreal (desrealismo) que provoca sensación persistente de inseguridad [temor psicógeno y timopático]. 3) Vivencias de extrañeza: sensación de estar ajeno, de sentirse como espectador de la propia vida. 4) Vacío existencial que puede convertirse en estado de desmotivación e insatisfacción permanente.

Dicho fenómeno puede permanecer subclínico no porque no se sufra, sino porque el paciente no lo sabe explicar y el terapeuta puede no saber identificarlo. En consecuencia el fenómeno sorprende tanto a quienes lo padecen como a sus terapeutas y allegados porque a la referida dificultad de identificación cabe añadir otras para interpretarlo y más aún para abordarlo.

Una vez constatada la presencia del síndrome, conviene que se sepa evaluar, interesando especialmente algunos síntomas acompañantes claves, como el vacío afectivo-emocional que puede llegar a precipitar una recidiva, la nostalgia de una vida de consumo dolorosa y cruel pero al fin y al cabo suya. Metafóricamente equivaldría al “más vale lo malo conocido, que lo nuevo (y alienante) por conocer. Gebattel (100) sitúa el vacío dentro de la despersonalización afirmando “su yo ha perdido la capacidad de desenvolverse en el mundo como venía haciéndolo hasta ahora²”.

² Invoca el caso de una paciente que consideraba que el yo actual sufriente estaba incapacitado para la vida y trataba de fundirse con el yo anterior como única posibilidad de existencia. La mayoría de los seres humanos, como esta paciente, conciben la curación del extrañamiento como la vuelta a formas conocidas de alienación alimentadas por la añoranza del yo anterior.

En definitiva, la despersonalización transcurre como un fenómeno silente y tormentoso que además no se suele comprender. Sin embargo cuando llega a descubrirse y tanto el afectado como el terapeuta lo enfrentan decididamente, el abordaje termina siendo fructífero, de ahí la importancia decisiva de la necesaria motivación y de la importante neutralización del vacío existencial, aspecto crucial en el tratamiento del fenómeno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Scharfetter C. Introducción a la Psicopatología General. Ediciones Morata, 1988 422 pp., Pag. 102-116.
2. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfadens für Studierende, Ärzte und Psychologen. Berlin, Springer, 1913.
3. Higuera A., Jiménez R., López J. Compendio de Psicopatología Círculo de Estudios psicopatológicos 1980; 257 pp 126, 148, 167,168.
4. Castilla Del Pino C. Introducción a La Psiquiatría II., Madrid. Alianza Edit., 1982.
5. Ey H. Tratado de Psiquiatría (1978). Barcelona: Editorial Toray-Masson 1100pp 106-107, 277, 421, 514.
6. Zellé JA. The strange shadow of the imaged self. Journal of Rehabilitation, 1959; 25(4), 10-11.
7. Kimura B. On the phenomenology of depersonalization. Nervenarzt; 1963; 34: 391-7.
8. Mayer-Gross W. On depersonalization, British Journal of Medical Psychology, 1935; 15, pp. 103-122.
9. González J. Vivir lo extraño: un estudio psicopatológico sobre el déficit de familiaridad. Universitat Rovira i Virgili. Servei de Publicacions, 2012. 128 pàgines pp35-48.
10. American Psychiatric Association. Guía de Consulta de los criterios diagnósticos DSM-5. Editorial Panamericana, 2014. 438pp 175-179.
11. Luque R, Villagrán JM, Valls JM, Díez A. Despersonalización: aspectos históricos, conceptuales y clínicos. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 1995; vol. XV, 54: 443-459.
12. Editorial «Depersonalization syndrome», British Medical Journal, 1972, 4, pp. 378.
13. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association, Washington, 2013.
14. Fedem P. Narcissism in the structure of the ego, Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, 1928, 9, pp. 401-419.
15. Holmes E, Brown R, Mansell W, Fearon P, Hunter E, Frasquillo F, et al. Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. Clinical Psychological Review 2005; 25:1-23.
16. Molina Castillo JJ. (2008). Adaptación y validación al castellano de la Escala de Despersonalización de Cambridge (Tesis doctoral). Departamento de Ciencias Sociosanitarias, Radiología y Medicina Física Facultad de Medicina Universidad de Córdoba.
17. Schilder P. Selbstbewusstsein und Persönlichkeitsbewusstsein. Eine psychopathologische Studie. Berlin, Springer, 1914.

18. Mayer-Gross WW, Slater R. *Clinical Psychiatry*. Bailliere Tindall; Editor: 904 pp. 1969.
19. Radovic F, Radovic S. Feelings of unreality: A conceptual and phenomenological analysis of the language of depersonalization. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 2002; 9(3), 271-279.
20. Modigh K. Depersonalization and feelings of unreality: Significant symptoms with a variety of meanings: Comment. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 2002; 9(3), 285-286.
21. Burón E, Jódar I, Corominas A. Despersonalización: del trastorno al síntoma. *Actas Españolas Psiquiatría* 2004; 32 (2) 107-117.
22. Jacobs JR, Bovasso GB. Toward the clarification of the construct of depersonalization and its association with affective and cognitive dysfunctions. *Journal of Personality Assessment*, 1992; 59(2):352-365.
23. Stein HF, Allcorn S. The unreality principle and deregulation: A psychocultural exploration. *The Journal of Psychohistory*, 2010, 38(1), 27-48.
24. Levy JS, Wachtel P L. Depersonalization: An effort at clarification. *The American Journal of Psychoanalysis*, 1978; 38(4), 291-300.
25. Oberndorf CP. The role of anxiety in depersonalization. *The International Journal of Psychoanalysis*, 1950; 31, 1-5.
26. Silva-Coelho CG. Ansiedade: Como compreender o irreal? *Arquivos Brasileiros De Psicologia*, 2000; 52(4), 32-44.
27. Milici PS. The involuntional death reaction. *Psychiatric Quarterly*, 1950; 24, 775-781.
28. Nuller YL. Depersonalisation: Symptoms, meaning, therapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1982; 66 (6), 451-458.
29. Ziegler LH. Compulsions, obsessions, and feelings of unreality. *Human Biology*, 1929; 1, 514-527.
30. Sass LA. The land of unreality: On the phenomenology of the schizophrenic break. *New Ideas in Psychology*, 1988; 6(2), 223-242.
31. Sechehaye M. Appearance of the first feelings of unreality. (pp. 3-8) Grune & Stratton, New York City, NY, 1951.
32. Butler PV. Diurnal variation in cotard's syndrome (copresent with capgras delusion) following traumatic brain injury. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1998; 32(4), 684-687.
33. Michal M, Tavlaridou I, Subic-Wrana C, & Beutel M E. Angst verrückt zu werden: Abgrenzung des neurotischen depersonalisations-derealisationssyndroms von der paranoiden schizophrenie. *Nervenheilkunde: Zeitschrift Für Interdisziplinäre Fortbildung*, 2012; 31(12), 934.
34. Amerio P. Psychological components of the phenomena of unreality: Evidenced in experiments of the level of aspiration: Experimental contribution. *Bollettino Di Psicologia Applicata*, 1968; 88-90, 63-72.
35. Hollander E, Allen A. Serotonergic drugs and the treatment of disorders related to obsessive-compulsive disorder (pp. 193-220). Arlington, VA: American Psychiatric. 2001.
36. Simeon D, Stein DJ, & Hollander E. Depersonalization disorder and self-injurious behavior. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1995; 56, 36-39.
37. Aksamit P. An investigation of burnout in substance abuse treatment providers. (Dissertation Abstracts International), 1997. Recuperada de
38. <http://www.search.proquest.com/docview/619259783?accountid=14702>

39. Greenberg DB, Hochberg FH, Murray GB. The theme of death in complex partial seizures. *The American Journal of Psychiatry*, 1984;141(12), 1587-1589.
40. Simeon D, Kozin DS, Segal K, Lerch B. Is depersonalization disorder initiated by illicit drug use any different? A survey of 394 adults. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2009; 70(10), 1358-1364.
41. Medford N, Baker D, Hunter E, et al. Chronic depersonalization following illicit drug use: A controlled analysis of 40 cases. *Addiction*, 2003, 98(12), 1731-1736.
42. Wenzel K, Bernstein DP, Handelsman L, et al. Levels of dissociation in detoxified substance abusers and their relationship to chronicity of alcohol and drug use. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1996; 184(4), 220-227.
43. Gubel I. Hallucinogenic drugs and hypnosis in psychotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1962; 4, 169-173.
44. Greenberg DB. Neurasthenia in the: chronic mononucleosis, chronic fatigue syndrome, and anxiety and depressive disorders. *Rev. Psychosomatics*. Spring, 1980; 31(2):129-37.
45. Savage C. Variations in ego feeling induced by d-lysergic acid diethylamide (LSD-25). *Psychoanalytic Review*, 1995; 42, 1-16.
46. Luby ED, Cohen BD, Rosenbaum G, Gottlieb JS, Kelley R. Study of a new schizophrenomimetic drug: Sernyl. *A.M.A. Archives of Neurology and Psychiatry*, 1959; 81, 363-369.
47. Keshavan MS & Lishman WA. Prolonged depersonalization following cannabis abuse. *British Journal of Addiction*, 1986; 81(1), 140-142.
48. Beutel ME, Brähler E, Glaesmer H, Kuss DJ, Wölfling K & Müller KW. Regular and problematic leisure-time internet use in the community: Results from a german population-based survey. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 2011; 14(5), 291-296.
49. Guralnik O, Giesbrecht T, Knutelska M, Sirroff B & Simeon D. Cognitive functioning in depersonalization disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2007; 195(12), 983-988.
50. Simeon D. Depersonalisation disorder: A contemporary overview. *CNS Drugs*, 2004; 18(6), 343-354.
51. Atakan Z, Bhattacharyya S, Allen P et al. Cannabis affects people differently: Inter-subject variation in the psychotogenic effects of Δ^9 -tetrahydrocannabinol: A functional magnetic resonance imaging study with healthy volunteers. *Psychological Medicine*, 2013; 43(6), 1255-1267.
52. Sumich A, Chitnis XA, Fannon DG, O'Ceallaigh S, Doku VC, Faldrowicz A & Sharma T. Unreality symptoms and volumetric measures of heschl's gyrus and planum temporal in first- episode psychosis. *Biological Psychiatry*, 2005; 57(8), 947-950.
53. Varga S. Realness, expression, and the role of others: Reply. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 2012; 19(2), 123-126.
54. Sierra-Siegert M. La despersonalización: Aspectos clínicos y neurobiológicos. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2008; 37(1), pp. 40-55.
55. Stein HF. *Listening deeply*. Boulder Westview Press, 1994.
56. Riemer MD. The psychology of ideas of unreality with emphasis on feelings of strangeness. *Psychiatric Quarterly*, 1944; 18, 316-326.
57. Washburne AC. Feelings of unreality and displacement. A preliminary study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1939; 89, 37-43.

58. Oberndorf CP. The genesis of the feeling of unreality. *The International Journal of Psychoanalysis*, 1935; 16, 296-306.
59. Ogus ED, Greenglass ER, Burke RJ. Gender-role differences, work stress and depersonalization. *Journal of Social Behavior & Personality*, 1990; 5(5), 387-398.
60. Gruzelier JH. Syndromes of schizophrenia and schizotypy, hemispheric imbalance and sex differences: Implications for developmental psychopathology. *International Journal of Psychophysiology*, 1994;18(3), 167-178.
61. Vanderlinden JR, Van Dyck W, Vandereycken and Vertommen H. Dissociation and traumatic experiences in the general population of The Netherlands, *Hospital and Community Psychiatry*, 1993; vol. 44, no. 8, pp. 786-788.
62. Gentile JP, Dillon KS, Gillig PM. Psychotherapy and pharmacotherapy for patients with dissociative identity disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 2013; 10(2), 22-29.
63. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook, JS. Dissociative disorders among adults in the community, impaired functioning, and axis I and II comorbidity. *Journal of Psychiatry Research*; 2006; 40:131-40.
64. Ross C, Heber S, Norton GR, Anderson D, Anderson G, Barchet P. The Dissociative Disorders Interview Schedule: A Structured Interview. *Dissociation*, 1989; Vol. II, No. 3-169-189.
65. Sirvent C. Prevalence of depersonalization in ex-addicts Presentada en *Addiction Research & Theory* 2014, (pendiente aceptación, solicitar datos al autor en csr@psipractica.com)
66. Bernstein IH, Ellason JW, Ross CA & Vanderlinden J. On the dimensionalities of the Dissociative Experiences Scale (DES) and the Dissociation Questionnaire (DIS-Q). *Journal of Trauma & Dissociation*, 2001; 2, 103-123.
67. Armstrong JG, Putnam FW, Carlson EB, Libero DZ, Smith SR. Development and Validation of a Measure of Adolescent Dissociation: The Adolescent Dissociative Experiences Scale. *Journal of Nervous & Mental Disease*: 1997; Vol. 185 - Issue 8: 491-497.
68. Icarán E, Colom R & Orengo F. Experiencias disociativas: Una escala de medida. *Anuario de Psicología*, 1996; 70, 69-84.
69. Icarán E, Colom R, Orengo-García F. Estudio de validación de la escala de experiencias disociativas con muestra de población española. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 1996; 24, 7-10.
70. Montes SA, Ledesma RD, Martín F. Evaluación Psicométrica de una Versión Modificada de la Escala de Experiencias disociativas (DES-M). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 2011; Vol. XX-1 67-77.
71. Kennedy F, Clarke S, Stopa L, et al. Towards a cognitive model and measure of dissociation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2004; Volume 35, Issue 1: 25-48.
72. Sierra M, Berrios GE. The Cambridge Depersonalisation Scale: a new instrument for the measurement of depersonalisation. *Psychiatry Research*. 2000; Volume 93, Issue 2: 153-164.
73. Molina JJ, Martínez de la Iglesia J, Colomer AC, Berrios G, Sierra M y Luque-Luque R. Adaptación y validación al castellano de la Escala de Despersonalización de Cambridge (Cross-cultural adaptation and validation of the Cambridge Depersonalization Scale). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2006; 34(3), 185-192.

74. Steinberg M, Hall P, Lareau C, Cicchetti D. Recognizing The Validity of Dissociative Symptoms using the SCID-D-R: Guidelines For Clinical And Forensic Evaluations. *Southern California Interdisciplinary Law Journal* 2001; [Vol. 10:2]- 225-243.
75. Aliyev NA & Aliyev ZN. Lamotrigine in the immediate treatment of outpatients with depersonalization disorder without psychiatric comorbidity: Randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 2011; 31(1), 61-65.
76. Rosagro-Escámez F, Gutiérrez-Fernández N, Gómez-Merino P et al. Eficacia de lamotrigina en un caso de trastorno de despersonalización resistente. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2011; 39(4), 263-266.
77. Sierra, M., Phillips, M. L., Lambert, M. V., Senior, C., David, A. S., & Krystal, J. H. (2001). Lamotrigine in the treatment of depersonalization disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(10), 826-827.
78. Sierra M, Baker D, Medford N, Lawrence E, Patel M, Phillips M L & David AS. Lamotrigine as an add-on treatment for depersonalization disorder: A retrospective study of 32 cases. *Clinical Neuropharmacology*, 2006; 29(5), 253-258.
79. Sierra M, Phillips ML, Ivin G, Krystal J & David AS. A placebo-controlled, cross-over trial of lamotrigine depersonalization disorder. *Journal of Psychopharmacology*, 2003; 17(1), 103-105.
80. Mancini-Marie A, Fahim C, Potvin S, Beauregard M, Stip E. Quetiapine: Focus on emotional numbing in depersonalization disorder: An fMRI case report. *European Psychiatry*, 2006; 21(8), 574-577.
81. Musa MN, Woollcott P. Depersonalization as a side effect of fluphenazine. *Research Communications in Psychology, Psychiatry & Behavior*, 1982; 7(4), 477-480.
82. Abe K. Lithium prophylaxis of periodic hypersomnia unaccompanied by affective symptoms: A further adolescent case. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 1987; 2(2), 127-129.
83. Simeon D, Knutelska M. An open trial of naltrexone in the treatment of depersonalization disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 2005; 25(3), 267-270.
84. Nuller YL, Morozova MG, Kushnir ON, Hamper N. Effect of naloxone therapy on depersonalization: A pilot study. *Journal of Psychopharmacology*, 2001; 15(2), 93-95.
85. Ginsberg DL. Naltrexone treatment of depersonalization disorder. *Primary Psychiatry*, 2005; 12(6), 24.
86. Hollander E, Liebowitz MR, DeCaria CM, Fairbanks J, Fallon B & Klein DF. Treatment of depersonalization with serotonin reuptake blockers. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 1990; 10(3), 200-203.
87. Ratliff NB & Kerski D. Depersonalization treated with fluoxetine. *The American Journal of Psychiatry*, 1995; 152(11), 1689-1690.
88. Abbas S, Chandra PS, Srivastava M. The use of fluoxetine and buspirone for treatment-refractory depersonalization disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1995; 56(10), 484.
89. Simeon D, Guralnik O, Schmeidler J & Knutelska M. Fluoxetine therapy in depersonalisation disorder: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 2004; 185(1), 31-36.
90. Preve M, Mula M, Cassano GB & Pini S. Venlafaxine in somatopsychic and autopsychic depersonalization. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 2011, 35(8), 1808-1809.

91. Di Michele V & Bolino F. Adjunctive citalopram is effective on hallucinations and depersonalization symptoms: A case report. *European Psychiatry*, 2004;19(3), 185.
92. Simeon D, Stein DJ & Hollander E. Treatment of depersonalization disorder with clomipramine. *Biological Psychiatry*, 1998; 44(4), 302-303.
93. Noyes R, Kuperman S & Olson SB. Desipramine: A possible treatment for depersonalization disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry. La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 1987; 32(9), 782-784.
94. Foguet Q, Alvarez MJ, Castells E & Arrufat F. El metilfenidato en el trastorno por despersonalización: A propósito de un caso. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2011, 39(1), 75-78.
95. Liebowitz MR, McGrath PJ & Bush SC. Mania occurring during treatment for depersonalization: A report of two cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1980; 41(1), 33-34.
96. Terao T, Yoshimura R, Terao M & Abe K. Depersonalization following nitrazepam withdrawal. *Biological Psychiatry*, 1992; 31(2), 212-213.
97. Noller YL. Depersonalisation: Symptoms, meaning, therapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1982; 66(6), 451-458.
98. Neziroglu F & Donnelly K. Overcoming depersonalization disorder: A mindfulness and acceptance guide to conquering feelings of numbness and unreality. Oakland, CA: New Harbinger Publications, 2010.
99. Hunter E, Baker D, Phillips ML, Sierra M, David AS. Cognitive-behaviour therapy for depersonalization disorder: an open study. *Behavior Research Therapy*; 2005; 43: 1121-30.
100. Monedero C. *Psicopatología Humana*. Siglo Veintiuno Editores, 1996. 453 pág. 292-301.
101. Gebattel VE. *Antropología Médica*. Ediciones Rialp. Madrid, 1996.

2.4.- Las apuestas deportivas como juego problemático en la adolescencia.

Ana Estévez y Diana Crego

Durante muchos años, la adicción ha sido sinónimo de adicción a las drogas. Sin embargo, si las características de los trastornos adictivos se refieren a la falta de control y a la dependencia, las adicciones no deberían limitarse a las conductas generadas por sustancias químicas. En este sentido, existen hábitos de conducta “aparentemente inofensivos” que, dadas determinadas circunstancias, pueden convertirse en trastornos adictivos e interferir gravemente en la vida de las personas afectadas y de su entorno (1). En esa línea, cualquier actividad normal percibida como placentera es susceptible de convertirse en una conducta adictiva. En suma, conductas normales —incluso saludables— se pueden hacer usos anormales en función de la intensidad, de la frecuencia o de la cantidad de dinero o de tiempo invertido (2). En la reciente publicación de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (3), el trastorno de juego ha sido reconocido como una adicción y, probablemente, en futuras ediciones, se contemplará la introducción de nuevas adicciones comportamentales que en este momento están siendo objeto de investigación.

El juego es un medio de aprendizaje y una forma de interaccionar con el ambiente. Según Romero y Gómez (4) es y será una actividad necesaria para los seres humanos, teniendo suma importancia en la esfera social y siendo a su vez una herramienta útil para adquirir y desarrollar capacidades intelectuales, motoras y afectivas. Ésta es una de las actividades más frecuentes que realizamos las personas, debido principalmente a que entretiene, divierte y posibilita la socialización y el aprendizaje de distintas conductas y roles, desarrolla la creatividad, la exteriorización de emociones y la psicomotricidad y el lenguaje, de forma que el que la realiza considera que está realizando actividades que le causan placer.

Se trata de una actividad lúdica en la que puede incorporarse el azar y la posibilidad de apostar, para hacerla más atractiva (5). Los juegos de azar implican asumir riesgos económicos con posibilidades de ganancias inmediatas. Son muchos los juegos de azar, donde el resultado final sólo depende de la suerte o la casualidad y no existe la posibilidad de control del resultado por parte de la persona jugadora.

Según la Memoria Anual de 2012 de la Dirección General de la Ordenación del Juego (DGOJ): “la demanda de juego en España, en términos de cantidades jugadas, alcanzó en 2012 los 25.988 millones de euros. Como puede verse, se trata de cantidades muy elevadas.

Uno de los juegos que mezcla la habilidad, debido a que se requieren conocimientos, y el azar es la apuesta deportiva. Debido principalmente a internet, en los últimos años ha aumentado considerablemente el consumo de las apuestas deportivas. Por ejemplo, asociaciones de tratamiento como la Ekintza-Dasalud, han señalado que en los dos últimos años están aumentando el número de personas que solicitaban ayuda o información y, actualmente, es el segundo tipo de adicción al juego, siendo el 18%, las personas que solicitaron tratamiento en el 2013 en Guipúzcoa. El 15% también presenta adicciones a otro tipo de juego, mientras que el 3% única y exclusivamente a las apuestas deportivas.

El juego con apuesta deportiva, es clasificado por Irurita y colaboradores (6) como un juego activo, en el que se requieren unos conocimientos, habilidad o pericia real o imaginaria por parte de quienes apuestan. También recoge aquellos juegos que favorecen la creencia de poseer un sistema o que, al menos, quienes juegan piensen que tienen un sistema o estrategia mediante el cual pueden hacerse con el premio. No es tanto el juego en sí, como las connotaciones o supersticiones que se le hayan atribuido y sean aceptadas por las personas que juegan. Por otra parte, siguiendo con la clasificación de estos autores, este tipo de apuestas pueden clasificarse como un juego continuo y discontinuo teniendo en cuenta que las casas de apuestas disponen de la opción tanto de apostar para eventos próximos, como para hacerlo “en directo”.

Para valorar la capacidad adictiva de un juego determinado, se podría concluir que el juego con apuesta deportiva puede ser caracterizado por un alto potencial adictivo, y más aun si se lleva a cabo vía on-line, teniendo en cuenta la fácil accesibilidad a distintos sistemas de juego a través de internet; ya que aparte de la libertad de conexión desde distintos puntos, dota a la persona del más absoluto anonimato, sin control, y también aporta al juego de un poder de atracción y de un potencial adictivo mucho mayor que los existente en el juego clásico (7).

Tal y como apunta Ortega (8), diversos autores han tratado de describir el proceso a través del cual una persona puede pasar de jugador social a convertirse en jugador patológico. Bombín (9) señala que inicialmente se trataría de jugadores sociales que juegan esporádicamente y controlan su conducta mediante mecanismos racionales. En un segundo momento, se trataría de jugadores problemáticos y, por

último, darían lugar a jugadores patológicos. En este caso, las personas tendrían una relación de dependencia con el juego que implicaría una pérdida de la libertad de elección entre jugar o no jugar. Generalmente se trata de un proceso que suele tener inicio en la adolescencia, aunque puede hacerlo en cualquier edad, transcurriendo desde las primeras apuestas hasta la pérdida total del control, un promedio de cinco años (con límites entre uno y veinte años). Custer (10) ha planteado un modelo según el cual el juego patológico sigue una evolución progresiva, al cual Lesieur y Rosenthal (11), añaden una cuarta fase, la de desesperanza o abandono. Al principio, la persona jugadora inicia su relación con los juegos de azar por mera diversión o entretenimiento, es decir, porque se siente bien haciéndolo. Cuando la relación con el azar ya ha alcanzado el grado patológico, la persona dedica su tiempo y esfuerzo en jugar para no sentirse mal, ya que el no hacerlo le provoca mucho malestar. La persona jugadora pasa entonces por tres fases: ganancia, pérdida y desesperación.

- La *fase de ganancia* es una fase en la cual el principiante, gracias al juego, cree que puede mejorar su situación económica aportando pequeñas cantidades, lo que le lleva a creer que tiene la posibilidad de controlar el azar. Este control que el sujeto cree tener se debe a los sesgos cognitivos, los cuales tienen una gran importancia en el inicio y mantenimiento de la ludopatía. En el caso del juego con apuesta, esto podría deberse a que se tienen muchos conocimientos del deporte y que eso podría hacer que se consiguiera fácilmente ganar alguna apuesta.

- La segunda es la *fase de pérdidas*, radica en que la persona jugadora emplee más dinero y más tiempo en el juego, mientras que aparecen las pérdidas, debido al optimismo logrado durante la primera fase. Aquí, el juego de apuestas pierde todo el sentido recreativo que tenía al inicio, más bien, se convierte en un generador de malestar.

- Cuando el sujeto ya ha sido capaz de pecararse de la cuantía económica empleada y perdida en el juego, se habla de la *fase de desesperación*. A pesar de darse cuenta de lo anterior, éste sigue apostando, con el fin de recuperar el dinero perdido. El ludópata no acepta las pérdidas y sigue apostando para intentar recuperarlas, prometiéndose a sí mismo que cuando recupere el dinero no volverá a jugar nunca más; algo que no suele ocurrir. En el intento fallido de recuperar lo perdido e intentar resolver los problemas derivados del mismo, el juego alcanza su mayor intensidad y apoderándose de la vida del jugador y llevándole a un deterioro en todos los aspectos (laboral, personal y familiar), convirtiéndose el juego en su preocupación máxima, debido a que su situación económica ya no se sostiene por

la cantidad de deudas que le invaden y a la inversión y preocupación que tiene hacia el juego.

- La fase añadida por Lesieur y Rosenthal (11), correspondiente a la de *desesperanza o abandono*, consiste en la asunción por parte de quienes juegas, de que nunca podrán dejar de jugar. Incluso sabiendo que no van a ganar siguen jugando; precisan jugar por jugar, hasta quedar agotados.

En los tiempos que corren, el sector de las apuestas deportivas está encontrando en España un nuevo nicho de mercado en el que asentarse. Aunque hace años que se realizan apuestas deportivas en España, comúnmente se solían llevar a cabo a través de las Apuestas del Estado, como en el caso de las quinielas o de las carreras de caballos. Muchas de las principales casas de apuestas del mundo no llevan más de 10 años instauradas y tienen posibilidad de juego tanto de manera presencial como on line.

Las apuestas deportivas, tal y como se conocen, son una cuestión aun novedosa en España, pero es increíble, más que la cantidad, la magnitud de las repercusiones que está suponiendo la instauración de la multitud de Casas de apuestas en las ciudades, y los repetitivos e incesantes anuncios de éstas en los medios de comunicación y en los anuncios de las páginas web.

Tanto la manera de apostar, como el perfil del usuario han cambiado notablemente. De hecho, los juegos de apuestas deportivas como por ejemplo la quiniela, anteriormente tenían un perfil de usuario de una media de edad de 40 años mientras que hoy en día, con las innovaciones en las cuestiones del juego, se trata de jóvenes de 15 a 35 años, muchos de ellos estudiantes, que juegan cada vez más horas (12).

La existencia cada vez más proliferada de estas empresas, y de sus correspondientes terminales en bares, salones de juego, y en las oficina de las casas de apuestas en las calles más céntricas y con más afluencia de personas, dan lugar a titulares cada vez más preocupantes en los medios de comunicación: “Las apuestas deportivas se asientan progresivamente en la cultura española” (13); o “Aumentan los casos de adicción a las apuestas deportivas online” (Diario Información, 2014). Por otro lado, es incuestionable el interés que ha despertado en el sector de juegos de azar estas nuevas modalidades, que se puede observar en la publicidad incesante para la promoción del juego (anuncios televisivos, en periódico, revistas, internet, etc.) con importantes personajes públicos (principalmente deportistas) para captar nuevos clientes.

Como puede verse, las apuestas deportivas tanto on-line como off-line atraen a un público cada vez más heterogéneo, entre el cual los jóvenes también tienen

cabida, y teniendo en cuenta que son éstos los que mejor se desenvuelven con las nuevas tecnologías, las apuestas on-line pueden ser una opción para ellos, ya que la facilidad de acceso es mucho mayor que la vía presencial. Ése es uno de los factores que atribuyen un alto poder adictivo a las apuestas deportivas vía on-line (14) junto con la privacidad que conlleva apostar desde casi cualquier dispositivo, sin la preocupación de “qué pensarán de mí” (12). El acceso on line permite una mayor accesibilidad y poder jugar o apostar desde cualquier sitio sin necesidad de salir de casa ya que solo es necesario tener una conexión a internet. Asimismo, las apuestas deportivas permiten realizar apuestas con una inversión mínima de 0’01 por apuesta o partida. También anteriormente era necesario desplazarse hasta un casino, pagar la entrada para acceder y apostar ciertas cantidades mínimas; con los costes económicos que ello suponía. Según la Memoria Anual de 2012 de la Dirección General de la Ordenación del Juego (DGOJ), mencionada previamente, el volumen de las cantidades jugadas en juego online ha sufrido un aumento extraordinario del 70%, según cifras obtenidas en la misma memoria. Este hecho también se puede constatar en el Informe del Mercado de Juego Online en España (4º trimestre de 2013): “respecto al cuarto trimestre de 2012 el volumen de mercado de juego online se incrementó en un 8’3% en términos de cantidades jugadas” (p. 2). Unido a esto, es importante señalar que la actividad deportiva es un momento de encuentro con iguales y es bien vista en la sociedad actual.

Desde la adolescencia y juventud

Tal y como se ha señalado previamente, los jugadores patológicos adultos se inician en el juego de azar durante la adolescencia o juventud (15) por lo que es de especial importancia que los programas de prevención se sitúen en estas edades. En un meta-análisis sobre la prevalencia del juego patológico entre 1997 y 2007 llevado a cabo por Muñoz-Molina (16) se muestra que “la prevalencia de la ludopatía, especialmente en adultos, es relativamente estable y consistente en diferentes países independientemente del instrumento utilizado. Cabe subrayar, sin embargo, que dicha prevalencia es relativamente más elevada entre adolescentes, lo que traza la continuidad del problema si se tiene en cuenta que muchos jugadores patológicos declaran que comienzan sus hábitos de juego a temprana edad” (p. 153-155).

Según Echeburúa (17) “la indefensión ante esta avalancha de juegos con apuesta afecta especialmente a los adolescentes y a las personas más vulnerables psicológicamente” y, posteriormente, sigue “la edad de acceso al juego ha descendido en los últimos años. De hecho, cada vez son más los adolescentes que buscan tratamiento por problemas de juego” (p. 12). Más recientemente, Estévez, Herrero y

Sarabia (12) encontraron datos consistentes con esta línea. Por ello, es importante prevenir en el paso desde los jugadores sociales hasta los jugadores problemáticos o patológicos.

La adolescencia es un periodo de transición de la infancia a la edad adulta, caracterizado por ciertos cambios en el desarrollo (18). El ocio ocupa gran parte de la vida de los jóvenes-adolescentes, teniendo como promedio 25 horas semanales para ello y siendo uno de cada tres jóvenes los que superan dichas horas (19). Cada vez son más horas las que pasan los jóvenes haciendo uso de internet. Este nuevo lugar donde poder jugar, no tiene límites, hay una mayor privacidad y es de fácil acceso, por lo que facilita la adicción al juego (12, 14). Las actividades que realizan los jóvenes en internet son: Redes sociales, Juegos de ordenador y Juegos de azar con apuesta online. En un estudio realizado por Griffiths y Barnes (20) encontraron que entre las tres formas más populares de apuesta online en jugadores online estaban las apuestas deportivas online, el póker online y el casino online (67,6%, 47,6% y 46,7%, respectivamente). En lo que se refiere a las apuestas realizadas de manera off line, los mismos autores hallaron que entre los jugadores online, los juegos más desempeñados eran lotería (86,7%), apuestas deportivas (75,2%) y apuestas con amigos (67,6%) mientras los datos para los mismos juegos en los jugadores no-online eran 86,1%, 29,3% y 48,5%, respectivamente. Como se ha visto, las apuestas deportivas están cobrando importancia gracias a la apertura de casas de apuestas donde hay tantos tipos de apuestas como las que caben en la imaginación.

Son numerosos los factores que contribuyen a la aparición de juego patológico en la adolescencia y muchos se relacionan entre sí, por lo tanto es importante abordarlo de manera multidimensional. Autores destacados en el estudio del juego patológico subrayan como factores de riesgo que intervienen en la problemática del juego: la falta de cohesión familiar, problemática de juego o de consumos de drogas por parte de algún familiar, relaciones disfuncionales familiares, bajo apoyo social, altos niveles de ideación e intentos de suicidio, altos niveles de ansiedad e impulsividad, sintomatología depresiva, baja autoestima, fracaso escolar o bajo rendimiento, uso de estrategias de afrontamiento inadecuadas además de características demográficas como ser hombre y comenzar a jugar a una edad temprana (21).

Asimismo, uno de los aspectos que más importancia tiene en esta etapa vital son las relaciones entre iguales. Se ha observado que los adolescentes le dan más importancia a las relaciones con los iguales que con los familiares, llevando a concluir que la percepción del apoyo de sus iguales ejercerá mayor influencia sobre el comportamiento de los adolescentes que la percepción de apoyo por parte de sus

familiares (22). En la misma línea, Haroon, Gupta y Derevensky (23) encontraron que, en general, las puntuaciones obtenidas en la escala de apoyo social percibido por parte de los amigos fueron significativamente mayores que las obtenidas en la escala de apoyo social percibido por parte de la familia. Las apuestas deportivas se inician normalmente en grupo por lo que su importancia como acceso al juego es mucho mayor.

No hay que olvidar las repercusiones negativas que el juego patológico tiene sobre las personas que lo padecen abarcan numerosos factores. Dentro de éstos, cabría destacar las consecuencias a nivel físico (24), sociales (25), familiares y económicos (26), además de problemas psicológicos (21), uso de sustancias (27), así como una impulsividad acusada (28). Entre los problemas asociados al juego patológico en los jóvenes-adolescentes se encuentra el de un bajo rendimiento académico (29; 30) así como dificultades en la escuela, incluyendo bajas notas (31). En un estudio realizado por Ladouceur, Boudreault, Jacques, y Vitaro (32) donde examinaban la relación entre el juego problemático y los problemas asociados en los adolescentes, encontraron que los jugadores problema habían suspendido o repetido una asignatura o un curso académico significativamente más veces que los no-jugadores problema y los probables jugadores problema. Por su parte, Haroon, Derevensky y Gupta (33) encontraron que un porcentaje significativamente alto de probables jugadores patológicos referían haber sido diagnosticados de dificultades en el aprendizaje y se clasificaban a ellos mismos como aprendiz lento en comparación a los jugadores sociales y a los no jugadores.

Más concretamente, la depresión y la ansiedad son problemas psicológicos asociados al juego patológico en adolescentes. Son numerosos los estudios que avalan que los jugadores adolescentes presentan elevados niveles de sintomatología depresiva (21,34) así como puntuaciones altas en ansiedad (35,36).

En la adolescencia, una de las consecuencias que se produce es el consumo de alcohol. Tal y como señalan Fernández-Montalvo, Landa y López-Goñi (37), el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida y normalizada por nuestra sociedad. Numerosos estudios señalan que una asociación entre el consumo desmesurado de alcohol y una problemática grave de juego patológico (38) llegando incluso a afirmar que previamente al problema de juego existiría una historia de abuso de sustancias (39). Estudios como el de Fernández-Montalvo, Landa y López Goñi (37) también afirman que “el 20% de los alcohólicos de la muestra presentaba un diagnóstico comórbido de ludopatía. Además, un 12% adicional obtenía una puntuación en el SOGS indicadora de juego problemático. En suma, el 32% de la

muestra presentaba síntomas de juego clínicamente significativos” (p. 125). También es habitual, encontrar elevados casos de consumo problemático de alcohol entre jugadores patológicos. Estos datos evidencian que hay pruebas empíricas que señalan la relación entre ambas patologías. Más recientemente, Fernández-Montalvo, López-Goñi y Arteaga (40) repiten el estudio anterior, encontrando resultados muy similares: un 22'3% de los pacientes presentaban también ludopatía; un 11'6% tenían indicadores de juego problemático; el 33'9% de la muestra presentaba síntomas de juego clínicamente significativos. También es habitual, encontrar elevados casos de consumo problemático de alcohol entre jugadores patológicos. Estos datos evidencian que hay pruebas empíricas que señalan la relación entre ambas patologías.

Conclusión

En relación a las diferencias de género en jóvenes y adolescentes existen diferencias significativas en el género en cuanto al uso de las apuestas deportivas, debido que los hombres apuestan más que las mujeres. Este hallazgo también se puede apreciar en los estudios llevados a cabo por Sastre (41) y Estévez et al. (12) donde se afirma que la mayoría de los jugadores de apuestas deportivas son hombres. Además, también existen estudios donde demuestran que hay una mayor prevalencia en el género masculino que en el femenino en cuanto al juego, con una proporción de 2:1 (28). Con respecto a este tema, en el estudio de Huang y Boyer (42) se observó que las mujeres jóvenes tienen una proporción significativamente mayor de no jugadoras y de jugadoras no problemáticas que los hombres jóvenes. Asimismo una menor prevalencia en relación al riesgo en los juegos de azar y finalmente una prevalencia significativamente menor de riesgo moderado o de tener problemas con el juego. También autores como Stinchfield (39) y Volberg (43) respecto al juego, muestran que son los hombres quienes más lo practican y quienes más exhiben su conducta de juego. No se ha encontrado en la literatura estudios sobre diferencias de género en apuestas deportivas, por lo que habría que realizar estudios posteriores para poder observar dicho suceso.

Como conclusión puede verse que las adicciones sin sustancia, especialmente el juego patológico es una problemática de gran incidencia con consecuencias graves para las personas que lo sufren y para su entorno. Uno de los tipos de juego que ha incrementado su uso, especialmente entre la población más vulnerable, es la apuesta deportiva. La adolescencia es el momento en que se generan los hábitos

y en los que las relaciones con los iguales cobran especial importancia. Se ha descubierto que el trastorno de juego inicia durante esta etapa vital por lo que su prevención en esa etapa es mucho mayor. Dado que la apuesta deportiva es vista como positiva y no se asocia a las posibles consecuencias que pueda tener en las personas que la utilizan, futuras investigaciones tendrían que estudiar en profundidad esta problemática. Por otro lado, se trata de una problemática que tiene comorbilidad con el abuso de sustancias, siendo en algunos casos previa al trastorno de juego. Un joven o adolescente que consuma tendría más dificultades para regular el uso de juego y esto podría dar lugar a problemas de ludopatía.

Existen numerosos factores intervinientes en la problemática del juego que muestran que por una parte su mantenimiento puede ser muy problemático a la hora de desarrollar ciertas conductas, en este caso de dependencia (factores de riesgo); otros que solamente con su presencia pueden amortiguar el impacto de los factores negativos (factores protectores); y por último, otros que mediante el reforzamiento que ejercen sobre la persona, no permiten que la conducta adictiva cese. Después de lo expuesto anteriormente es importante estudiar tanto los factores calificados como protectores, así como los de riesgo para desarrollar una conducta adictiva al juego, especialmente a las apuestas deportivas.

Los estudios próximos nos ayudarán a esclarecer el perfil, las repercusiones y la relación de las diferentes variables psicológicas de la persona que juega a las apuestas deportivas.

REFERENCIAS

1. Echeburúa E y Corral P. Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora. *Clínica y Salud*, 1994; 5, 251-258.
2. Echeburúa E. Factores de riesgo y factores de protección en la adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales en jóvenes y adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*, 2012; 37(4), 435-447.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edition). Washington, DC, 2013.
4. Romero V y Gómez M. El juego: concepto y teorías. En *Juegos: Teoría y aplicaciones*. Madrid, España: Editorial Altamar, 2008.
5. Domínguez AM, Pérez MD, Sicilia E, Villahoz J y Fernández R. *Guía clínica: Actuar bajo el juego Patológico. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social*, Junta de Andalucía, 2009.
6. Irurita et al. Clasificaciones de los Juegos de Azar. En *Modelo de Componentes Motivacionales del Juego de Azar con Apuesta*. Villoria, C. (2005). Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid, 1994.

7. Alonso-Fernández J. Las Nuevas Adicciones. Ediciones Tea, 2003.
8. Ortega J. ¿Qué es la ludopatía o juego patológico? Asociación Terapéutica del Juego, 2012. Descargado de la web <http://atej.org/wp/que-es-la-ludopatia-o-juego-patologico/>
9. Bombín B. Manual del ludópata: guía para pacientes y familiares. Editor: Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR), 2010.
10. Custer RL. An overview of compulsive gambling. En: Carone PA, Yulles SF, Kieffer SN, Etal S, (eds.). Addictive disorders update: alcoholism, drug abuse, gambling. New York: Human Sciences Press, 1982.
11. Lesieur HR, y Rosenthal RJ. Pathological gambling: A review of the literature. *Journal of Gambling Studies*, 1991; 7, 5-39.
12. Estévez A, Herrero D y Sarabia I. Factores facilitadores de conductas adictivas de juego patológico en jóvenes y adolescentes. Fundación Once, 2013.
13. Sector del juego. Las apuestas deportivas se asientan progresivamente en la cultura española, 2013. Recuperado de http://www.sectordeljuego.com/detalle_recorte.php?id=6120
14. Ochoa E y Labrador F J. (con la colaboración de E. Echeburúa, E. Becoña y M. A. Vallejo). *Juego patológico*. Barcelona: Plaza & Janés, 1994.
15. Jacobs DF. Juvenile gambling in North America: An analysis of long-term trends and future prospects. *Journal of Gambling Studies*, 2000; 16(2/3), 119-152.
16. Muñoz-Molina Y. Meta-análisis sobre juego patológico 1997-2007/Meta-analysis of pathological gambling 1997-2007. *Revista de Salud Pública*, 2008; 10(1), 150-159.
17. Echeburúa E. Retos de futuro en el tratamiento del juego patológico. *Adicciones*, 2005; 17(1), 11-16.
18. Fasick FA. On the invention of adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 1994; 14, 6-23. Doi: 10.1177/0272431694014001002
19. Rodríguez J, Agulló E y Silveria M. Jóvenes, fin de semana y uso recreativo de drogas: evolución y tendencia al ocio juvenil. *Adicciones*, 2003; 15(2), 7-30.
20. Griffiths M, y Barnes A. Internet Gambling: An Online Empirical Study Among Student Gamblers. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 2007; 6(2), 194–204. doi:10.1007/s11469-007-9083-7
21. Gupta R y Derevensky J. An examination of the differential coping styles of adolescents with gambling problems. Report prepared for the Ontario Ministry of Health and Long Term Care, Toronto, 2001.
22. Ohanessian C y Hesselbrock V. The influence of perceived social support on the relationship between family history of alcoholism and drinking behaviours. *Addictions*, 1993; 88, 1651-1658.
23. Hardoon KK, Gupta R y Derevensky JL. Psychosocial variables associated with adolescent gambling. *Psychology of Addictive Behaviors : Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*. 2004. doi:10.1037/0893-164X.18.2.170
24. Fong TW. The biopsychosocial consequences of pathological gambling. *Psychiatry*, 2005; 2(3), 22–30.
25. Echeburúa E, Fernández-Montalvo J y Báez C. El juego patológico en España: aportaciones de un equipo de investigación en la última década (1990-2000). *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 2000; 53(4), 641-659.

26. Shaw MC, Forbush KT, Schlinder J, Rosenman E y Black DW. The effect of pathological gambling on families, marriages, and children. *CNS Spectrums*, 2007; 12(8), 615–22. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17667890>
27. Winters KC y Anderson N. Gambling involvement and drug use among adolescents. *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming*, 2000; 16(2-3), 175–98.
28. Petry NM. Moving beyond a dichotomous classification for gambling disorders. *Addiction*, 2003; 98(12), 1673–1674.
29. Gupta R y Derevensky JL. Adolescent Gambling Behavior: A Prevalence Study and Examination of the Correlates Associated with Problem Gambling. *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming*, 1998; 14(4), 319–345. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12766444>
30. Wynne H, Smith G y Jacobs D. Edmonton, Alberta: Wynne Resources Ltd; (1996). Adolescent gambling and problem gambling. In Alberta. A report prepared for the Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission.
31. Lesieur HR, Cross J, Frank M, Welch M, White CM, Rubenstein G y Mark M. Gambling and pathological gambling among university students. *Addictive Behaviors*, 1991; 16(6), 517–527.
32. Ladouceur, R., Boudreault, N., Jacques, C., y Vitaro, F. (1999). Pathological Gambling and Related Problems Among Adolescents. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 8(4), 55–68. doi:10.1300/J029v08n04_04
33. Hardoon K, Derevensky J y Gupta R. An Examination of the Influence of Familial, Emotional, Conduct and Cognitive problems, and Hyperactivity upon Youth Risk-Taking and Adolescent Gambling Problems. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre, Ontario, 2002. 113 pp.
34. Marget N, Gupta R, y Derevensky J. The psychosocial factors underlying adolescent problem gambling. Poster presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association, Boston, MA, 1999.
35. Gupta R y Derevensky JL. An Empirical Examination of Jacobs' General Theory of Addictions: Do Adolescent Gamblers Fit the Theory? *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming*, 1998; 14(1), 17–49. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12766433>
36. Ste-Marie C, Gupta R y Derevensky JL. Anxiety and Social Stress Related to Adolescent Gambling Behavior and Substance Use. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 2006; 15(4), 55–74. doi:10.1300/J029v15n04_03
37. Fernández-Montalvo J, Landa N y López-Goñi JJ. Prevalencia del juego patológico en el alcoholismo: un estudio exploratorio/Prevalence of pathological gambling in the alcoholism: An exploratory study. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 2005; 10(2), 125-134.
38. Zack M, Stewart SH, Klein RM, Loba P y Fragopoulos F. Contingent gambling-drinking patterns and problem drinking severity moderate implicit gambling-alcohol associations in problem gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 2005; 21(3), 325-54.

39. Stinchfield R. Gambling and correlates of gambling among Minnesota public school students. *Journal of Gambling Studies* / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming, 2000; 16(2-3), 153–73. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14634311>
40. Fernández-Montalvo J, López-Goñi JJ y Arteaga A. Prevalence of pathological gambling in treatment-seeking addicted patients: An exploratory study with the South Oaks Gambling Screen. *Anales de Psicología*, 2012; 28(2), 344-349. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.28.2.147611>
41. Sastre RV. La aplicación del principio de universalidad en la persecución de los delitos cometidos a través del juego por internet. *Letras jurídicas: revista electrónica de derecho*, 2007; 4, 4.
42. Huang J y Boyer R. Epidemiology of Youth Gambling Problems in Canada: A National Prevalence Study. *Can J Psychiatry*, 2007; 52 (10), 657-665.
43. Volberg RA. *Gambling and Problem Gambling Among Adolescents in New York*. Albany, NY: New York Council on Problem Gambling, 1998.

2.5.- Adicciones sin drogas y las nuevas tecnologías. La adicción a Internet ¿un trastono o muchos?

Fernando Pérez del Río, Iñaki Markez

Introducción

Antes de llegar a los albores del siglo XXI podíamos decir que cada tres o cuatro años aproximadamente, nos encontrábamos con una nueva adicción a alguna droga de moda, aunque en el fondo y bien mirado, siempre habláramos de lo mismo. Así nos hemos encontrado con diferentes adicciones sin drogas o adicciones psicológicas: juego patológico en el juego de azar, adicción al sexo, a las compras, a la comida, al trabajo, al ejercicio físico, al teléfono móvil o a internet. En los años ochenta apareció oficialmente la ludopatía -las máquinas tragaperras tuvieron su importancia- pero sobre todo, el poder tomar este modelo como referencia facilitó entre otras cosas que, en la posterior década de los 90 se diera un *boom* de adicciones sin sustancia: las líneas 906, a continuación las compras, loterías de todo tipo, el sexo, incluso se habló de la cultura del tamagochi (1). Adicciones no tóxicas que comprenden conductas adictivas identificables con las que acontecen en las drogodependencias. Nos suena a algo muy lejano, del “siglo pasado”, aunque hayan transcurrido unos pocos años, eso sí, con enormes cambios en los ritmos vitales por el uso de las nuevas tecnologías. En la primera década de 2000 se popularizó todo lo que tuviera relación con Internet, los móviles y general de las TIC (Tecnologías de la Información y de la Comunicación) y es el tema que abordaremos en este capítulo de manera sintética.

Internet es muchas cosas y además, sigue siendo un mercado en crecimiento, como señala el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Internet atesora un papel muy importante en la venta de drogas y en la alteración de la oferta de drogas “nuevas” y bien “antiguas”. El creciente uso de redes anónimas —redes oscuras— para la venta de drogas a distribuidores y consumidores y el aumento de disponibilidad, llevó a que este Observatorio identificara en 2013 la existencia de 651 sitios web que vendían sustancias euforizantes en Europa (2).

Breve historia de la Adicción a Internet

Los primeros titulares en prensa sobre “la adicción a Internet”, llegaron a España a finales de los años 90, aunque siendo lo cierto que no había criterios claros para diagnosticar el trastorno, ni consenso alguno en llamarlo de tal forma.

Definir una conducta anormal nunca ha sido tarea fácil. Muchos de los trastornos descritos están fraguados con límites difusos y trastabillan unos con otros. Podemos decir que las diferencias son una cuestión de grado, de matices, y seguimos y buscando mejores indicadores que nos muestran en qué momento comienza a ser un trastorno.

Sin duda vivimos en un periodo de proliferación de trastornos, con el paso de los años, vemos como han aumentado vertiginosamente, de 106 categorías de trastornos que podíamos encontrar en el Manual Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-I (3) publicado como una adaptación de la CIE-6 (4) para uso de los psiquiatras norteamericanos, pasamos a 357 en el DSM-IV en 1994 (5). El DSM 5 (2013) (6), en el proceso de revisión, ha tenido muchos cambios, incluyendo la supresión propuesta de los subtipos de esquizofrenia. También asistimos a la proliferación de nuevos síndromes que husmean entre los trastornos subumbrales.

En 1969 el profesor Weizembaum ya habló de los adictos a la informática como “bohemitos de las computadoras” o “programadores compulsivos” [...]. A lo largo de los años 70 se desarrollaron una serie de estudios orientados a definir un perfil de los informáticos de la época (7,8,9), donde se concluían algunas peculiaridades de estas personas como puntuar en: baja empatía, distanciamiento de los demás, etc., (10). Pero no fue hasta el año 1995 cuando Griffiths usó el término *Internet Addiction Disorder* (11). Al año siguiente, en 1996, Young presentó un caso de una mujer que sin antecedente psiquiátrico alguno fue considerada una “adicta a Internet” (12). Este caso fue el paciente cero, no es de extrañar que poco después nos encontráramos con estudios como el de Kaunt et ál. (13), el trabajo tuvo mucha repercusión, pues afirmaron que Internet reduce la participación social, el bienestar y facilita la depresión. No deja de ser singular que se sostuviera que Internet aumenta soledad, lo que denominaron como: la paradoja de Internet (*Internet Paradox*). Como curiosidad, años después se volvió a repetir este mismo estudio y no se dieron los mismos resultados.

Poco después llega a España la inquietud sobre si Internet puede generar problemas. En el año 2001 se publica uno de los primeros artículos en la Revista del Colegio Oficial de Psicólogos (COP) bajo el título “Adicciones a Internet” (14).

Durante toda la primera década del s. XXI podemos encontrar titulares en prensa de este tipo: Diario El Mundo (2000) “200.000 internautas son adictos al sexo cibernético en USA”; Diario Palentino (2002), “Los videojuegos causan problemas a casi la mitad de sus usuarios jóvenes”; ABC (sábado 14 de octubre 2006), “Salud trata como una droga la adicción de los menores al móvil y a las nuevas tecnologías”; la Vanguardia (lunes 15 de enero de 2007) “Enganchados a la tecnología”; el País, (20 de julio 2006), “Un estudio alemán compara los videojuegos con el alcohol y el cannabis”... Este último artículo explicaba que las reacciones cerebrales de las personas que juegan con video-juegos en exceso son similares a las de los alcohólicos o los adictos al cannabis pues jugar abusivamente liberan cantidades importantes del neurotransmisor llamado dopamina (*). No podemos decir que fueran titulares cautos ni prudentes en sus dictámenes. En su gran mayoría eran las opiniones y estudios de psicólogos, psiquiatras y profesores.

De forma paralela a estos inquietantes titulares se inician importantes investigaciones, y asimismo se comienzan a publicar diferentes guías, un ejemplo reciente: guía para padres y educadores sobre el uso seguro de Internet, videojuegos y móviles, (15). Merced a todo lo anterior se organizan encuentros, congresos, foros y por último, dado el material acumulado se empiezan a publicar los primeros libros sobre esta temática con el objetivo de poner cierto orden en relación a las interminables listas de posibles adicciones: Adès, J., Lejoyeux, M. (2001). *Las nuevas adicciones. Internet, sexo, juego, deporte, compras, trabajo, dinero* (16); Fernández, A. (2003). *Las nuevas adicciones* (17); Pérez, F. y Martín, I. (2007) *Nuevas Adicciones ¿Adicciones Nuevas?* (1). Y libros colectivos como Echeburúa, Labrador, Becoña (2009) *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes* (18). A modo de apunte, y dando una puntada al desgarrón, decir que tan solo uno de estos libros *Nuevas Adicciones ¿Adicciones Nuevas?* (1) sostenía en sus páginas que Internet y las Nuevas Tecnologías no cumplía con todos los requisitos para “provoca adicción” y que habría que encuadrarlo en los “abusos”.

Las nuevas tecnologías aplicadas a la comunicación están modificando las formas de relacionarnos y comunicarnos hasta convencemos de que internet es “una ventana al mundo”. Hace dos décadas recibíamos contenidos, ahora tenemos una herramienta de difusión de datos; hemos pasado de las relaciones persona-persona a las redes sociales; oímos a menudo eso de “si no estás conectado, no existes”, y

(*) El País (2006). Un estudio alemán compara los video-juegos con el alcohol y el cannabis. El Ciber-país. 20-7-2006, <http://www.drogomedia.com/hemeroteca/archivos/200607207.pdf>

en este frenético ritmo los adultos nacidos antes de la aparición de esta tecnología queda en desventaja frente a las generaciones posteriores (19). Mientras, cada vez es más frecuente encontrar casos de adultos y, sobre todo, menores y jóvenes con problemas de socialización, aislamiento y pérdida de la realidad, comportamientos inadecuados aprendidos (violencias varias, agresiones, anorexia o bulimia, xenofobia...) o de notoria inseguridad. Llegados a este punto, sabemos que un trastorno es una construcción social, se ve más claro en el caso de los *bikikomori*, un trastorno de aislamiento social agudo que está relacionado con las TIC y que únicamente se detecta en Japón; o toda esa gama de nuevas formas de amenazas y delitos: *cyberbullying* (acoso y amenazas anónimas), *grooming* (acoso erótico de un adulto), *sexting* (chateo anónimo con fines sexuales por un adulto), *phishing* (engaño de un adulto a un menor con un eslogan o retórica “irresistible”); *pro-ana/mía* (promoción de la anorexia/bulimia como estilo de vida), etc. En nuestro país, la preocupación por Internet coincide con varios hechos: en primer lugar, con un periodo de expansión económica y en segundo lugar con la masiva implantación del uso de Internet a partir del año 1998 “aproximadamente”.

Dadas las evidencias que se iban acumulando, el nuevo trastorno posiblemente era merecedor de un diagnóstico y entraría en el DSM-V, esto conllevaría a la necesaria formación teórica universitaria y que muchas personas en principio afectadas necesitarían atención especializada.

Bajo la égida de la certeza, los estudios estadísticos mostraban altos porcentajes de afectados. Podemos citar muchos trabajos, por ejemplo un estudio noruego realizó un análisis de adolescentes, con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años, con una muestra 3.237 en el cual diferenciaron por un lado las personas que abusan de la red, es decir la población de riesgo, un 8,66% y los “adictos” que resultaron ser un 1,98% (20).

De todo esto se deriva que la situación estaba configurada para abordar una nueva adicción, estábamos ante un campo abonado para acoger a la nueva patología que había tocado nuestra realidad, salvo por un pequeño detalle: los pacientes no llegaban... Si era un problema tan alarmante y los porcentajes de afectados eran tan elevados, ¿dónde estaban los pacientes? En principio se justificó sosteniendo que podría ocurrir algo semejante a la ludopatía; un ludópata puede tardar diez años de media en pedir ayuda. Pero pasó toda una década y los pacientes seguían sin llegar, salvo excepciones puntuales y, salvo algún Centro que tenía el umbral excesivamente bajo en sus criterios de admisión, es decir, utilizaba criterios casi mínimos a la hora de considerar a una persona “adicta a Internet” (21).

¿Existe la adicción a Internet?

El abuso de las TIC guarda paralelismos con el abuso de sustancias, están hechos de la misma pasta y podemos decir que su fenomenología es similar aunque con matices. Si los componentes fundamentales de los trastornos adictivos son la dependencia y la falta de control, es claro que no pueden quedar limitados a conductas generadas por sustancias químicas. En este orden de cosas, sabemos que “una adicción tiene cuatro elementos: fuerte deseo, incapacidad para detener la conducta, angustia emocional cuando no se realiza la actividad y, por último, persistencia de la conducta” (22). Es un problema cuando la vida gira en torno a ese tema (23), conductas que inicialmente tienen como finalidad obtener un refuerzo positivo (aspecto placentero) y que terminan controladas por refuerzos negativos (alivio de la tensión emocional) (24). Los adictos a Internet tienden a formar una atadura emocional con otras personas on-line. Disfrutan pues les permite encontrarse, hablar e intercambiar a través de las aplicaciones interactivas de Internet (chat, juegos on-line o los newsgroups). En Internet, se puede ocultar el nombre real, edad, ocupación, apariencia y las características físicas. Los usuarios de Internet, muchos que están solos e inseguros en su vida real, aprovechan esta aparente libertad y vierten sus sentimientos más fuertes, secretos más oscuros y los deseos más profundos, lo que crea una falsa ilusión de intimidad, pero cuando la realidad pone de manifiesto las limitaciones que tiene confiar en una comunidad anónima Internet genera una gran desilusión y dolor.

Todo lo dicho lo puede cumplir fácilmente una persona que “abusa de Internet”, entonces ¿dónde está el problema?, ¿por qué no llegan a las consultas los pacientes? La respuesta parece estar en el potencial de generar dependencia del objeto. Pero antes de nada y llegados a este punto, debemos explicar que en una adicción, entran en juego tres variables: a) el potencial adictivo o la capacidad de reforzar del objeto (refuerzo que con el tiempo pasa de ser un refuerzo positivo a uno negativo); b) la frecuencia de la interacción objeto-persona (donde entra en juego el contexto); y c) los problemas previos de la persona (por este último motivo decimos que la adicción es funcional), por ejemplo algunos estudios mostraron que (25) una conexión abusiva a Internet reduce la tensión emocional, en este sentido el abuso de Internet puede cumplir una “función” para la persona.

Con estas tres premisas, si tuviéramos que responder a la pregunta ¿hay adictos a Internet?, tendríamos que decir “en general” sí, pues como sabemos existen casos aislados y bien constatados en muchos países del mundo, pero esto no nos debe

dejar complacientes puesto que debemos apuntar que hay un tercer elemento que no se llega a cumplir del todo, y no es otro que la capacidad de “enganchar, que es más leve”, o dicho de otra forma, el potencial de reforzar es menor. Por ejemplo, buscar información en Internet puede generar cierta tensión y sobre todo, determinados juegos de ordenador sí pueden ofrecer refuerzos y generar bastante tensión emocional, pero en la gran mayoría de los casos no la suficiente. Con estas mimbres podemos decir, que lo más frecuente es que se pueda abusar o hacer un uso inadecuado, o incluso “problemático”. Estamos pues ante niveles que en general no requieren atención sanitaria y esta sería la respuesta a la pregunta anterior de, ¿por qué no llegan los pacientes?

Para trenzar una respuesta cabal, como suele ocurrir en estos casos, podemos llegar a posiciones intermedias y calificar a estas personas de *pseudoadictos*, una especie de “adicción” mucho más leve, de baja intensidad, y esto nos aleja de las posiciones alarmistas, pero no por ello debemos bajar la guardia puesto que, como veremos más adelante las personas que abusan de Internet pueden llegar a padecer diferentes consecuencias y problemáticas.

Críticas a la existencia de la adicción a Internet

Una de las primeras críticas fue que, era confuso hablar de adicción a Internet; podemos encontrar la persona que abusa del cibersexo, a un ciber-ludópata o al que abusa de la ciber-compra pero no propiamente de Internet y de lo nuevo que ofrece. En los inicios de la primera década de 2000 se decía que Internet era un medio para otras adicciones pero no un fin. Decir que las investigaciones de esta última década han intentado subsanar este problema matizando el objeto de estudio.

Otra interesante crítica consistió en admitir que existe una adaptación a las nuevas tecnologías y ésta nos requiere emplear mucho tiempo, una especie de fase de “fascinación” por Internet, un periodo en el cual las personas se bajan multitud de programas, un periodo que incluye aprender, probarlo todo, y que encajaría con lo que en ocasiones se ha determinado como “abuso”, dedicarle demasiado tiempo, liarse, enredarse. En ocasiones, ese periodo de “intensa” adaptación se ha confundido con el abuso y con tener problemas. Por último, siguiendo el razonamiento existiría una última fase que sería la adaptación adecuada a lo que realmente se necesita.

Una tercera razón crítica, a nuestro juicio la más sobresaliente, es que se trataría de una “construcción social”, es decir, asistimos a un periodo donde cualquier

molestia es un trastorno; y la tendencia social es encuadrar cualquier problema o trastorno de salud como una enfermedad o trastorno. “Usted debe dominar su vida y vigilar de paso la de los demás. Debe controlar las horas que pasa su hijo frente al ordenador, no por criterios educativos sino patológicos. Tenga una vida armoniosa, no por una cuestión de valores o de ética sino de enfermedad, con riesgo de estigmatizar cualquier exceso” (1). Esta tendencia es congruente con el hecho de habernos encontrado durante más de una década con noticias “sensacionalistas” sobre la Adicción a Internet y asimismo, también es coherente con habernos encontrado con psiquiatras, psicólogos y profesores de universidad con “posiblemente” necesidades afectivas, de reconocimiento y prestigio social que han forzado los criterios y han impregnado a este “trastorno” de un plus de peligrosidad, puesto que el dramatismo es un titular que se vende mejor, y puestos a crear, un síndrome o un nuevo trastorno da mucho más prestigio social que hablar sobre una variación de un trastorno ya existente, o simplemente decir que todavía no hay consenso ni claras conclusiones. Según Ortiz (26), muchos profesionales están participando en la creación de pseudotrastornos (*mobbing, bullying, ortorexia*, etc.), y además amplían los márgenes de la enfermedad.

Todo esto a su vez acarrea consecuencias varias, en primer lugar se da el efecto *Charcot*, el sanitario o el profesor encuentra lo que él mismo propaga, y en segundo lugar algunas personas se reconocen como enfermas cuando antes no lo eran. Y en no pocos casos se da la profecía auto-cumplida.

¿Cuál son las consecuencias?

Como suele ocurrir poco a poco llegaron estudios que relacionaron el abuso de la Internet con variables personales, impulsividad, autoestima baja, intolerancia a los estímulos displacereros, estilo de afrontamiento inadecuado. También se estudió su relación con el aislamiento social, con la introversión, con el narcisismo, con la fobia social y así hasta un largo etcétera; una de las variables que cobró más fuerza fue la búsqueda de sensaciones (27). Investigaciones posteriores también subrayaron que las personas afectadas eran las que puntuaban más alto en la búsqueda de novedades y más bajo en autodirección y cooperación (28).

A medida que pasaban los años el perfil también fue cambiando, en un principio eran varones de clase media con medio alto nivel adquisitivo, después se habló de los jóvenes-adultos que procuraban contactos sociales, videojuegos y *chats*, y por último aquellos que apostaban en los casinos virtuales, o procuraban pornogra-

fía. A día de hoy ya no se habla de perfiles puesto que la incorporación a la red es masiva y, en estos últimos años las clasificaciones toman en cuenta las actividades que se realizan (y no los rasgos o estilos de personalidad de los individuos) y las categorías no son excluyentes.

Por otro lado, a causa de los escasos usuarios atendidos, no se ha llegado a poder establecer un perfil con claridad del “adicto a Internet”, cierto es que, los profesionales que han atendido algún caso de este tipo llegaron a consensuar (opinión a la que nos sumamos), que los que abusaban de Internet, eran personas que habían tenido una educación rígida y había padecido o estaban padeciendo desajustes familiares.

Aunque este punto necesite de más investigación, diferentes trabajos apuntan precisamente que, en la adicción a sustancias se describen elevadas puntuaciones en impulsividad y búsqueda de sensaciones y bajas en evitar el daño, en cambio, en la adicción a Internet existen elevadas puntuaciones en evitar el daño. Estos resultados son bastante coherentes con lo que vemos en terapia puesto que el movimiento- o estilo- que realiza una persona que abusa de Internet es precisamente no salir de la protección de su cuarto.

Uno de los primeros trabajos en España evidenció que, un 4,9% de los encuestados afirmaba padecer problemas frecuentes con la Internet, sentimientos de culpa, deseo intenso de estar conectados, pérdida de control, mayor ansiedad y disfunción social, (29), este estudio que sostenía una de las claves era la ansiedad e irritabilidad que surgía cuando no se podían conectar. Posteriormente varios trabajos por ejemplo (30,31) encontraron que los usuarios que abusaban de Internet puntuaban más en insomnio, ansiedad y depresión. El tema del insomnio se llegó a denominar *Techsomnia* (no puedes dormir hasta que no cierras todas las tareas abiertas relacionadas con las nuevas tecnologías (NN.TT.).

También la preocupación derivó en si ¿las nuevas tecnologías nos harían pensar de otra manera? Por ejemplo son personas que están menos sujetas a un control cognitivo sobre el acierto o el error de la decisión y tienen más en cuenta el efecto a corto plazo. Según Pastor (32) “la cultura mediática fomenta un pensamiento muy ligado a lo singular, concreto y perceptual, una mentalidad de corte más sensorial que proposicional, menor habituación a la lectura, insuficientes pormenores en el análisis, apresuramiento en la reflexión crítica, un exagerado empleo de cogniciones social simplificadoras”. Estudios posteriores verificaron por ejemplo que “los adictos a Internet tienden más a los acontecimientos negativos y a los resultados inmediatos, no son capaces de realizar atribuciones internas precisas y tienen bajas

tasas de autorrefuerzo y altas tasas de autocastigo en la vida real (33). Posteriormente otros trabajos subrayaron la relación entre abusar de Internet y tener más pensamientos negativos (34). Libros recientes como “¿Qué está haciendo Internet con nuestras mentes?” Superficiales (2014), y muchos otros ensayos, ahondan en si realmente afecta a nuestra capacidad de reflexión, si somos menos capaces de comprender un texto complejo, si el no tener tiempos muertos nos afecta negativamente, o si estar en una sociedad compartida tendrá nuevas repercusiones indeseables, etc.

Otro debate que estuvo muchos años en el candelero fue consensuar sobre ¿cuánto tiempo debe pasar una persona delante de un ordenador conectado a Internet para que podamos considerarlo un adicto? Según Young (33), los adictos generalmente muestran un exceso en el uso de Internet pasando desde cuatro horas hasta ochenta horas a la semana, con sesiones que podrían durar hasta veinte horas. Extensos estudios en España como el de Lara y cols. (35) con una muestra de 2000 adolescentes pusieron de manifiesto que una de los mayores problemas era precisamente la gran cantidad de tiempo que las algunas personas hacen de las NNTT, un 8,8% estaban más de 25 horas a la semana con juegos electrónicos y ordenadores, y esto era paralelo a una pérdida de interés por otras actividades. Una encuesta realizada por la empresa alemana *Demandi* sobre *Second Life* (SL) y publicada en la *Web* de SL (*Massively multiplayer on-line game*), señalaba que aproximadamente un 8,4% de los habitantes del espacio virtual *Second Life* (36) dedica entre 36 y 50 horas a la semana a SL. Finalmente la pregunta de ¿cuánto tiempo? no tuvo respuesta clara, ya que es más relevante el grado de descontrol que el tiempo que se pasa frente a un ordenador.

Otras preocupaciones a las cuales se dedicó investigación son si la exposición a las ondas emitidas desde el móvil afecta negativamente a la función neuronal (37) o si la tecnología afectaba a la agresividad (38, 39). Por último otras variables que se han controlado en los estudios han sido la disminución del rendimiento académico, por ejemplo, el uso abusivo del móvil se asoció a fumar tabaco, consumir más alcohol, depresión y fracaso escolar (40).

Del aislamiento a los espacios virtuales y a redes sociales

Llegaron los espacios virtuales tales como *EverQuest* y *Second Life*, a través de los cuales se podía aprender idiomas e incluso organizar reuniones y evitar así un largo viaje. Espacios virtuales donde uno se podía poner constantemente a prueba

con otras personas o “muñecos”, reinventarse, aunque la mayoría de las veces fuera de forma efímera. Incluso se habló de hacer terapia *On-line* aunque la idea, salvo raras excepciones no llegó a cuajar (41).

A partir del año 2005 se empezaron a popularizar las redes sociales, esto supuso un cambio importante puesto que, una de las mayores consecuencias negativas había sido el “aislamiento” que podrían provocar los juegos de ordenador e Internet. En el estudio de Sobrino y cols. (42) se encontró que hay un fracaso en la socialización: deficiente adquisición de habilidades relacionales, y desarrollo y conductas competitivas en lugar de colaboradoras.

Pero ¿qué ocurre cuando esa persona supuestamente asilada no hace más que comunicarse con otras por medio de las nuevas redes sociales? -Comunicarse es sano, en principio-. El *niño bunker* empieza a no servir como un ejemplo negativo y muy rápidamente se empieza a cuestionar lo que ciertamente se había calificado como estimulación individualista y en soledad. Estos espacios virtuales fueron un rápido preludio de las redes sociales que todos conocemos, y es de todos sabido que hoy las redes son incluyentes. La radio necesitó 38 años para alcanzar 50 millones de usuarios. La televisión trece años. Internet, solo cuatro. El *IPOD*, tres años. Y *Facebook* consiguió 100 millones en seis meses (43). Desde el 2007 aproximadamente dejamos de tener miedo a ese gran hermano del cual ya todos participamos.

Sin dejar de lado los juegos que glorifican el riesgo y se asocia con un aumento en el consumo de alcohol, el tabaquismo, la agresión, la delincuencia y prácticas sexuales de riesgo como consecuencia de la sus efectos sobre la personalidad, las actitudes y las afiliaciones indicativas de una mayor tolerancia de la desviación, mayor presencia de valores no normativos y antisociales. La investigación actual apoya la perspectiva de que estos juegos pueden tener consecuencias para la conducta desviada en sentido amplio, al afectar la personalidad, las actitudes y los valores del jugador (44).

No obstante, como en otras intervenciones frente a las adicciones sin drogas, con la excepción del juego patológico, no es planteable la abstinencia, y si lo es el reaprendizaje del control comportamental, con iniciativas de afrontamiento ante situaciones de riesgo, exposiciones programadas, aprender a modificar distorsiones cognitivas (45), resolver la sintomatología depresiva y de ansiedad, y finalmente caminar hacia cambios en un estilo de vida más gratificante.

Conclusiones

Lo primero es recordar que debemos alejarnos de posturas maniqueas, en este sentido Internet depende del uso que le demos. Según Escotado (46), *phármakon* es una sustancia que comprende a la vez el remedio y el veneno; no una cosa u otra, sino ambas a la vez. Como dijo Paracelso, ‘Solo la dosis hace de algo un veneno’.

“Aunque no sea tarea nada fácil, sería útil y moderno diseñar un diagnóstico común que aglutinara estos problemas y así, dar la espalda al furor glamuroso por poner de moda trastornos adictivos cada poco tiempo, cuando realmente y salvo matices, siempre hablamos de lo mismo” (47,48). En cuanto al diagnóstico, considero que, la mejor forma de clasificarlo sería llamarlo *trastorno adictivo*; viéndolo como un todo, desde una visión global, un trastorno primario con tolerancia y abstinencia tanto psicológica como física.

Otra de las preguntas que quedan en el tintero es ¿qué ocurre con las personas que abusan sistemáticamente de Internet al cabo de los años? La respuesta nos la ofrece el meta análisis *Media Chil and adolescent Health: A Systematic review* de 2008 (49). Los niños que abusan de las TIC consumen antes tabaco y alcohol, padecen más obesidad infantil, tienen menor rendimiento académico escolar, y desarrollan una actividad sexual precoz, es decir el abuso de las TIC es un factor precursor de trastornos psicológicos como las adicciones. De esta manera, después de una década de investigación, podemos concluir con claridad que las mayores y mejores aportaciones se están haciendo en el campo de la prevención, la prevención en el uso de las nuevas tecnologías se ha visto como una oportunidad para trabajar con jóvenes y adolescentes, por ejemplo las normas, razonar los límites, desarrollar el espíritu crítico, etc. Se considera una oportunidad puesto que lo que se trabajan con las Nuevas Tecnologías estará en juego posteriormente con las drogas, es decir la educación en las TIC es un ideal campo de entrenamiento para los jóvenes.

En la pasada década se han publicado guías de uso para padres y educadores, en estas guías ha sido fácil encontrarse con recomendaciones de este tipo, por ejemplo: No disponer de ordenadores, consolas, en lugares de casa de difícil control. No dejar de forma indefinida y no pactada los horarios para utilizar Internet y demás tecnologías de la comunicación. No utilizar las nuevas tecnologías sin objetivo previo. No utilizar las nuevas tecnologías solamente como una forma de ocio o entretenimiento, etc.

En cuanto al tratamiento los casos encontrados suelen ser en su mayoría de usos problemáticos y abusos. En general suele ser un problema más transitorio y

de menor gravedad. Por otro lado, otra de las conclusiones es poder tratar adecuadamente a estos casos aislados que requieren atención y llegan a los centros.

Otra de las mejoras a la hora del tratamiento ha sido, sin duda alguna, entender con más precisión a las personas que abusan de varias cosas, drogas y juegos de ordenador por ejemplo. Durante estos años se ha dado más importancia de tratar estos casos mixtos y era necesario comprender las TIC para optimizar los tratamientos mixtos, y así se ha hecho.

Tratamientos que por ejemplo requieren algunas variaciones puesto que la eliminación del objeto no es posible (sexo, Internet, etc.), el objetivo no es conseguir la abstinencia total, no es eliminar el deseo sino controlarlo. Recordemos que aún no hay consenso sobre los límites entre adicción que se dan en el trabajo, con la comida, ejercicio físico y en otros muchos momentos de la vida cotidiana. Vemos que es un tema que continúa pendiente.

Por último, a modo de apunte, otro debate sobre la mesa que ha surgido en esta década pasada en relación a las TIC, es si los planes sobre drogas debieran ser planes sobre adicciones, incluyendo en ellos a las adicciones sin sustancia (apuestas, compras, sexo, Internet, etc.), aunque cierto es que muchas ciudades y autonomías ya han realizado esta integración en sus planes. Por esto, también, seguimos proponiendo en este sentido que el Plan Nacional sobre Drogas -PNsD- cambie su nombre por el de Plan Nacional sobre Adicciones, PNsA.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez del Río F y Martín I. Nuevas Adicciones ¿Adicciones Nuevas? Guadalajara: Intermedio Ediciones, 2007.
2. EMCDDA. Informe Europeo sobre Drogas. Tendencias y novedades. Lisboa, 2014.
3. APA, American Psychiatric Association. DSM-I, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 1952.
4. World Health Organization. International Classification of Diseases (ICD). Chicago, 1949.
5. APA, American Psychiatric Association. DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1998.
6. APA, American Psychiatric Association. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, Va, 2013.
7. Miller J. Selecting computer programmers: a multivariate approach to the determination of predictors using an improved criterion for on-the-job success of male and female computer programmers. Dissertation Abstracts, 1970; 31(4b), 2341-2342.
8. Cross EM. The behavior styles, work preferences and values of an occupational group: computer programmers. Dissertation Abstracts, 1972; 32(7-B), 4273-4274.

9. Barnes P. A study of personality characteristics of selected computer programmer and computer programmer trainees. *Disertation Abstracts*, 1974; 3 (3-A), 1440.
10. Estalló J. Usos y abusos de Internet. *Anuario de Psicología*. Facultad de psicología Universidad de Barcelona. 2001; Vol. 32, nº2, 95-108.
11. Griffiths M. Technological addictions. *Clinical Psychology Forum*, 1995; 76. 14-13.
12. Young K. Psychology of computer use: addictive use of the Internet: a case that breaks the stereotype. *Psychological Reports*, 1996; 79, 899-902.
13. Kaunt R, Patterson M, Lundmark V, Kiesler S, Mukophadhyay T, Scherlis W. Internet Paradox. A social technology that reduces social involvement and psychological well-being. *American Psychologist* APA September 1998 Vol. 53(9), 1017-1031.
14. Pérez del Río F. Adicciones a Internet. *Infocop Colegio Oficial de Psicólogos*. Nº 11, 29. 2001.
15. Labrador F, Requesens A y Helguera M. Guía para padres y educadores sobre el uso seguro de Internet, videojuegos y móviles. Madrid: Edita Fundación Gaudium, 2010.
17. Fernández A. Las nuevas adicciones. Madrid: Tea, 2003.
18. Echeburúa E, Labrador F, Becoña E. (eds.). Adicción a las nuevas tecnologías. En Jóvenes y adolescentes. Madrid: Pirámide, 2009.
19. Pallás S. Menores e internet: riesgos y perspectivas. *Psiquiatría, ciencia, arte y humanidades* 2012; Vol.5 nº 1: 16-19.
20. Johansson A y Götestam K. Internet addiction: characteristics of a questionnaire and prevalence in Norwegian youth (12-18 years). *Scandinavian Journal of Psychology*, 2004; 45, 223-229.
21. Pérez del Río F. El ocaso de la adicción a internet? Reflexiones sobre el origen, desarrollo y declive de un trastorno. *Revista Española de drogodependencias*. 2014; 39 (2). 82-91.
22. Gossop D. en Graña, J. (Coord.). Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento. Madrid: Ed debate 1994.
23. Cortina A. Ética y drogodependencias. *Revista Proyecto*. 2007; Nº 63.
24. Echeburúa E. ¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones. Bilbao: Desclee de Brouwer, 1999.
25. Muñoz-Rivas M; Fernández L y Gámez-Guadix M. Análisis of the indicators of pathological Internet use in Spanish university students. *The Spanish Journal of psychology* 2010; 13(2), 697-707.
26. Ortiz-Lobo A. Iatrogenia y prevención cuaternaria en los trastornos. Mentales menores En Coord. A, Retolaza (Coord.). Trastornos Mentales comunes: manual de orientación. Edita Asociación Española de Neuropsiquiatría. AEN, 2009.
27. Adès J y Lejoyeux M. Las nuevas adicciones. Internet, sexo, juego, deporte, compras, trabajo, dinero. Barcelona: Kairós, 2001.
28. Estévez L, Bayón C, de la Cruz J y Fernández-Liria A. Uso y abuso de Internet en adolescentes (pp.101-130). En Echeburúa E, Labrador, F, Becoña, E. (eds.). Adicción a las nuevas tecnologías. En Jóvenes y adolescentes. Madrid: Pirámide, 2009.
29. Gracia M de, Vigo M, Fernández MJ y Marcó M. Problemas conductuales relacionados con el uso de Internet: Un estudio exploratorio. *Anales de psicología*. 2002; vol. 18, nº 2, 273-292.
30. Viñas F, Juan J, Villar E, Caparros B, Pérez I y Cornella M. Internet y psicopatología: las nuevas formas de comunicación y su relación con diferentes índices de psicopatología. *Clínica y Salud*, 2002; 13, 235-256.

31. Jenaro C, Flores N, Gómez-Vela M, González Gil F y Caballo C. Problematic Internet and cell-phone use: Psychological, behavioral, and health correlatos. *Addiction Reseach and Theroty*, 2007;15(3), 309-320.
32. Pastor G. *Cibercultura y pensamiento*. Salamanca: Publicaciones de la Universidad Pontificia, 2003.
33. Young K. Clasificación de los subtipos, consecuencias y causas de la adicción a internet. *Psicología Conductual*, 2005; Vol. 13, Nº 3: 463-480.
34. García J, Perol M, Nieto M, Lledó A, Sánchez S, Martín-Aragón M y Sitges E. Uso y abuso de Internet en jóvenes Universitarios. *Adicciones* 2008; 20(2), 131-142.
35. Lara F, Fuentes M, de la Fuente R, Pérez F, Garrote G y Rodríguez M. Uso y abuso de las IC. En la población escolarizada burgalesa 10 a 18 años. Relación con otras variables psicosociales. Burgos: Ed VB. 2009.
36. Demandi. Second Life (SL) Publicada en la Web de SL (Massively multiplayes on-line game).
37. Muñoz-Rivas M y Santiago A. La adicción al teléfono móvil. *Psicología Conductual*, Vol. 13, Nº 3, 2005, 481-493.
38. Santiesteban C. VI Jornadas de Drogas violencia y menores. Ponencia. Auditorio de la Once, Madrid: Organiza, Proyecto Hombre, 2005.
39. Lazar J. La violence contagieuse? Représentation symbolique et réalite. *Le Débat*, 1995 ; 94, 161.
40. Sánchez-Martínez M y Otero A. Factors associated with cell phone use in adolescents in the community of Madrid (Spain). *Cyberpsychology and Behavior*, 2009; 12(2), 131-137.
41. Pérez del Río F. Terapia en los mundos virtuales. *Revista Proyecto*. 2008; 16, 77-81.
42. Sobrino O, Cabra A, Gómez V, García C, Sala R y Ballesteros M. Adicciones comportamentales. Conductas socioculturales. Madrid. 2006. Congreso de psiquiatría virtual. Extraído el 12-2-2012 de la dirección: http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/3922/1/interpsiquis_2006_24850.pdf
43. Del Val J. Lección Inaugural. Universidad de Deusto, Curso 2009-2010. 2009.
44. By Hull JG, Brunelle TJ, Prescott AT, Sargent JD. A longitudinal study of risk-glorifying video games and behavioral deviance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2014; Vol 107(2), 300-325.
45. Echeburua E y Fernández-Montalvo J. Adicciones sin drogas. En Pérez de los Cobos JC, Valderama JC, Cervera G, Rubio G (Dir.). *Tratado SET de Trastornos adictivos*. Ed. Médica Panamericana, 2006.
46. Escohotado A. *Historia General de las Drogas*. Madrid: Editorial Espasa Calpe. 2001, 4ª ed.
47. Pérez del Río F. Las adicciones sin sustancia en estos últimos 40 años. *Norte de salud mental*, 2011; vol. IX, 40: 47-56.
48. Markez I y Pérez del Río F. Atención al problema de las Toxicomanías. En Desviat, M., Moreno, A. (editores) *Acciones de Salud Mental en la Comunidad*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios 47. Madrid, 2012.
49. Media Child and adolescent Health: A Systematic review (2008) Common sense media.

2.6.- La dependencia emocional en las adicciones.

**Fernando Pérez del Río, Manolo Mestre Guardiola,
Roberto Verdugo**

1. Introducción

Tradicionalmente, el concepto de dependencia ha formado parte de las caracterizaciones de la personalidad y se ha reconocido como un continuo (dependencia-independencia) donde podemos situar la forma de relacionarse de cada persona. Por tanto, una persona con problemas de adicción podrá ubicarse en cualquier punto de este continuo y será importante, de cara a la evaluación y al tratamiento, saber qué posición ocupa en dicho eje.

Cuando la adicción se presenta asociada a una dependencia emocional, nos topamos con dos dependencias en principio diferentes -pero hechas de la misma pasta- que se pueden entrecruzar una con otra creando un verdadero quebradero de cabeza a nivel teórico. Lejos de nuestra intención está adentrarnos en un laberinto de terminologías resbaladizas y confusas que se trastabilen unas a otras; antes bien, preferimos realizar un ejercicio de transparencia fruto de la experiencia directa con nuestros propios pacientes. Resulta obvio que no todas las personas diagnosticadas con un trastorno de personalidad dependiente se hacen adictas (1), ni todos los adictos presentan el mismo nivel de dependencia emocional. No obstante, partimos de la base de que en el tratamiento de un adicto siempre, más tarde o más temprano, por muy independiente o autónomo que se sienta el sujeto, habrá que tratar el tema de su dependencia «a ese algo, sustancia u objeto, del que depende» y de que las relaciones y vínculos que establece con las sustancias lo establece de igual manera con las personas con las que trata.

Entrando ya en la dependencia en cuanto tal, se aprecia a primera vista que ésta es una circunstancia denostada en nuestra cultura occidental, donde ser productivo e independiente se ha vuelto lo deseable. Esto pudiera deberse a modelos neoliberales de corte individualista que han ido restando importancia al carácter social del ser humano: aspiramos a ser el hombre independiente “hecho a sí mis-

mo» como modo de alcanzar el bienestar personal o el éxito social. En general, la sociedad occidental nos transmite la idea de que el mero hecho de depender de alguien o de algo es perjudicial, tóxico, negativo y, al igual que aquellos rasgos o emociones calificadas de «negativas», ha de ser tratado por un especialista. Sin embargo nosotros queremos matizar esta concepción. En primer lugar, no consideramos las emociones como positivas ni como negativas, más bien existen emociones agradables o desagradables de sentir. En este sentido, coincidimos con autores como Soler y Conangla (2003) cuando señalan que la positividad o negatividad de las emociones dependerá, entre otras cosas, de cómo se gestionen (2).

Asimismo, entendemos que vivir es vincularse, y «que somos seres hechos para el contacto y la vinculación» (3). Esto significa algo tan evidente y loable como que necesitamos a los otros. Tanto los necesitamos que, si no entramos en contacto y nos relacionamos con ellos, si no establecemos lazos de unión con otras personas podemos -aunque suene un tanto drástico- llegar literalmente a «morirnos».

Los vínculos que construimos a lo largo de la vida nos afectan de formas diferentes. Para bien o para mal, aquello que haga o deje de hacer mi pareja, aquello que le ocurra a mi hijo, lo que le pase a mi vecino, aquello que me cuente un amigo, me va a influir; me voy a sentir afectado por lo que acontezca a las personas significativas de mi vida. Es en este sentido comunitario en el que afirmamos que, como seres sociales, somos simple y llanamente dependientes, y que necesitar a los otros no es algo patológico sino una realidad humana. En este sentido estamos en consonancia con autores como Bornstein (4), quien describe una forma de dependencia adaptativa a la que denomina dependencia madura como aquella en la que los individuos son capaces de adaptar su comportamiento de acuerdo a la situación y su relación con los demás. Todo lo cual no implica que sea imposible alcanzar una *autonomía personal*. Ahora bien, ser autónomo no significa ser autosuficiente. Veamos. Ser una persona autónoma significa ser un sujeto que construye su proyecto de vida, que «es capaz de vivir en silencio y soledad y convivir -aunque no aislado y desconectado- sin ahogar ni dejarse ahogar por los demás. Alguien que sigue su propio criterio, que respeta y es capaz de respetar a los otros; una persona consciente de sus necesidades y de sus deseos, de sus pensamientos, valores y emociones; un ser independiente que no utiliza a los demás como medios para llenar los vacíos de su vida» (5). Ser autónomo es una aspiración legítima para todo ser humano; ser autosuficiente (creer que no necesito de nadie en mi vida) es una ilusión, una fantasía.

Por otro lado, consideramos que no se cumple la fórmula de que cuanto más tienes de un polo menos tienes del otro (lo que se denomina en teoría de la negociación «Ganar-Perder»), sino que una persona puede ser muy independiente en una determinada área de su vida, por ejemplo el mundo laboral, y a la vez muy dependiente en otros campos del vivir, como el de las relaciones de pareja.

Dado que un primer reto, y nada fácil, es acotar lo que es patológico y lo que no lo es, nos parece importante decir e incluso nos vemos obligados a subrayar nuevamente que no toda dependencia es patológica, ¡ni mucho menos! Más bien se trata de una cuestión de grados. Como advertíamos al inicio, lo sensato para nuestra identidad es asociarnos, convivir con otros. Nuestra vida se desarrolla en una negociación y a veces en un sano y necesario conflicto entre nuestras necesidades personales y las del grupo, entre el individuo y el medio.

Creemos, en suma, que todas las personas somos inter-dependientes de nuestro entorno, de nuestra familia y amigos, y la diferencia entre lo sano y lo patológico nos lo indicará lo extremo de nuestros comportamientos, su intensidad y frecuencia, así como su discrepancia respecto a los comportamientos normativos o al contexto en el que tienen lugar y, sobre todo, la angustia que manifiestan las personas que padecen este problema de forma aguda. Aclarado esto, podríamos comenzar a hablar de una dependencia que en algunos casos puede llegar a ser patológica: cuando no somos libres para poder separarnos. Nos referimos por tanto a una dependencia excesiva que angustia, limita e invalida a la persona.

2. Características de la dependencia emocional

La dependencia emocional ha sido entendida de diferentes formas. Sin ir más lejos, Castelló la define como un «patrón crónico de demandas afectivas insatisfechas que llevan a la persona a buscar desesperadamente satisfacerlas mediante relaciones interpersonales estrechas» (6). En la *Tabla 1* exponemos diferentes características que podemos encontrar en una persona con dependencia emocional.

Tabla 1: Características habituales en una persona con dependencia emocional

Negatividad sobre sí mismo	• Creencias negativas sobre sí mismo del tipo: no valgo, solo no voy a poder. • Diálogo interno auto-descalificante. • Falta de confianza en sí mismo.
Excesiva fusión con sus parejas	• Intenso deseo de permanecer en la fusión (estoy contigo) y gran dificultad en vivir la separación (estoy conmigo). • Repetición de un patrón de vinculación estrecho a lo largo de su vida. • Sitúan el centro de su vida en el otro. • Constante demanda de atención y de muestras de amor a sus parejas.
Ansiedad de separación	• Temor a la soledad. Experiencia de vacío emocional cuando no estoy con el otro. • Frecuentes preocupaciones, miedos e incertidumbres relacionados con perder el amor de la pareja. • Necesidad de sentir que se tiene el control de la otra persona y sobre la relación. • Altibajos emocionales generalmente relacionados con haber logrado o no el control sobre la pareja.
Otras características	• Centralidad de lo emocional en su vida. • Presencia de distorsiones o errores de pensamiento, se utilizan muchos imperativos “deberías” relacionados con la relación. • Escasa conciencia y dificultad en reconocerse como dependiente. • Descuido del propio desarrollo personal.

Pérez del Río, Mestre y Verdugo (2014)

a) Negatividad sobre sí mismo:

Para comprender la dependencia excesiva, en primer lugar debemos conocer cómo son los diálogos internos de una persona y si ésta mantiene una visión negativa y limitada de sí misma. Con diálogo interno nos referimos a las conversaciones que tenemos con nosotros mismos y, aunque gran parte de ellas nos puedan pasar desapercibidas, tienen gran importancia ya que:

1. En ese diálogo con nosotros mismos nos definimos, es decir, tal y como nos hablamos internamente así va desarrollándose nuestra identidad.
2. El diálogo interno puede contener pensamientos negativos sobre uno mismo, y esos pensamientos, si no los trabajamos, crearán tendencias que gobernarán nuestras vidas (7).

Un ejemplo de todo ello sería el siguiente: Si creo y me repito que «no valgo», creeré cada vez con mayor convicción que soy una persona no válida, me iden-

tificaré con ese rasgo y tenderé a actuar de determinadas maneras que a su vez confirmen esa creencia.

Los pensamientos negativos que una persona mantiene sobre sí misma, del tipo «yo no valgo», «yo no soy suficiente», «a mí no me van a querer», explicarán en gran medida las dificultades de esa persona para superar heridas afectivas, sus dificultades para poner límites al amor o su dependencia tanto psicológica como emocional.

Dicho esto, desde esta perspectiva el trabajo terapéutico tendrá que centrarse y abordar necesariamente los diálogos internos de la persona. No es lo mismo una dependencia del tipo «cuando no estoy contigo te echo de menos» que otra del tipo «si me dejas, muero». Parte del cambio estriba en parar o, al menos, en aminorar la intensidad del diálogo interno descalificante. Cuando esta voz interna mengua o se detiene, la vida se ve de otra manera.

b) Excesiva fusión con sus parejas u otras personas:

Para comprender este punto resulta útil conocer dos conceptos claves como son Fusión (F) y Separación (S). La autora Fina Sanz (8) nos habla de ellos como dos claves para entender los vínculos amorosos. «F y S son dos conceptos interrelacionados y complementarios que tienen que ver con cómo nos situamos y percibimos en las relaciones afectivas.» No debemos confundir la F con simbiosis ni la S con la ruptura de una relación. Mirémoslo más de cerca.

La F es una sensación de bienestar en la unión con el otro, una unión en la que se pierden total o parcialmente los límites personales. Es un estado en que cuesta distinguir lo que es propio y lo que es ajeno. El sentimiento amoroso se caracteriza por un deseo de fusión, de unión total.

La vivencia de S, en cambio, se experimenta como lo opuesto. Es la toma de contacto con uno mismo como algo distinto. Tomo distancia física y emocional de lo otro para reconocermé a mí mismo.

Ambas son experiencias de placer, pero para ello han de poder ser vividas de forma fluida y permanente. En una relación sana pasamos por la F (estoy contigo) y por la S (estoy conmigo). Pero cuando un individuo queda rígidamente fijado en una de ellas se puede convertir en fuente de problemas.

La persona con un problema de dependencia emocional (DE) desea permanecer en la F y teme, no sabe vivir la S. Siente un gran anhelo de tener y mantener una relación sentimental a toda costa, necesita del otro para completarse, así que no es difícil entender que este tipo de personas tenga una gran dificultad de afrontar la

vida por sí misma. Podríamos decir que se da en ellas una especie de fobia a la autonomía, siendo la otra persona un refugio idóneo, mágico, una especie de objeto salvavidas (1).

En las relaciones dependientes patológicas constatamos una solicitud constante de atención de la pareja, intensas y frecuentes demandas afectivas que nunca son suficientes, en el sentido de que no llegan a colmar la angustia que experimenta la persona dependiente. Continuando con esta lógica, estas personas pueden llegar a crear relaciones asfixiantes, y a su vez, y como consecuencia de ello, pueden sentirse frustradas, puesto que es difícil que sus expectativas se vean cumplidas. Además, por otro lado, la persona asfixiada intentará alejarse o marcar algún tipo de límite saludable, y este alejamiento supondrá que se enciendan todas las alarmas en el dependiente que, con inmediatez, intentará maniobras de todo tipo para evitar cualquier clase de distanciamiento. Por lo general las personas dependientes dan más, ofrecen más, son más dadas y con frecuencia preguntan si el otro está bien: «¿Estás bien?, ¿Qué te gustaría...?, ¿Te ha gustado...? Interrogan. Sin embargo, con frecuencia todos estos esfuerzos por mantener un ideal de relación llegan a cortocircuitar la propia relación.

c) Ansiedad de Separación:

La persona dependiente teme la soledad y se asusta ante la posibilidad de una existencia independiente. “No poder vivir sin una persona. Esa necesidad puede derivar de muchos tipos de apegos: dependencias, adicciones o intoxicaciones personales” (9).

La persona dependiente tiende a colocar al otro en una especie de pedestal: no soy sin el otro, puesto que el otro me completa y sin él me pierdo. Y aunque esto pueda parecer un ejemplo caprichoso, incluso las fantasías que posee sobre la otra persona suelen ser intensas.

Solo el pensar en una posible ruptura le genera una fuerte angustia. El temor a ser abandonado se despierta, por ejemplo, ante situaciones como una discusión, un simple retraso en el horario o cuando comprueba que en la vida de su pareja existen además otras prioridades o personas significativas. Todo lo cual le produce una enorme inseguridad. De este temor y primordial fuente de inseguridad, se intentará proteger de varios modos. Puede adoptar conductas pasivas, poco asertivas, y así evitar los conflictos o incluso dejar que sea el otro quien tome las decisiones, mostrándose en exceso sumiso; pero también puede tratar de imponer determinadas normas respecto a cómo debe funcionar la relación, normas que le harán sentir más seguro.

Sea de la manera que fuere, todas estas estrategias responden a su gran necesidad: sentir que tiene el control -aunque sea ficticio- de la relación y evitar perder el amor de la pareja. Incluso el hecho de que se atribuya las culpas o responsabilidades de un acontecimiento, aun cuando no sea responsable, supone un modo de sentir que controla la situación y tiene la solución (10).

Ligados a esta sensación de mayor o menor control surgirán unos u otros estados de ánimo y encontraremos una explicación a sus altibajos emocionales.

d) Otras características:

Podemos afirmar que el dependiente sitúa en el otro el centro de su vida. La persona «vive de cara a las necesidades o los deseos de las personas a las que quiere y está dispuesta a hacer cualquier cosa por el bienestar de aquéllas» (11). Pero este hecho de vivir centrado y en cierto modo escudado en el otro se cobra un precio, entre otros el descuido de uno mismo y del propio desarrollo personal. En palabras de Lemos, Londoño y Zapata (12), este aferramiento excesivo a la pareja da lugar a una falta de construcción personal. El miedo a la soledad de forma continuada le lleva a centrarse, a apoyarse en el otro y a abandonar su propio desarrollo individual sin ser consciente de sus propias potencialidades y recursos. Estos mismos autores, encuentran evidencias de un procesamiento de la información diferente en personas con dependencia emocional. Estas diferencias se concretan en la presencia de distorsiones cognitivas o errores de pensamiento que jugarían un importante papel en el mantenimiento de la problemática. Las más significativas serían los «deberías» y la «falacia de control». El primero de estos errores consiste en el hábito de mantener reglas rígidas y exigentes sobre cómo deben suceder las cosas. Cualquier desviación de esas reglas o normas se consideraría algo así como insoportable. Por otro lado, la distorsión denominada «falacia de control» se refiere a que suelen creerse responsables de todo lo que ocurre a su alrededor, o bien se ven impotentes y sin ningún control sobre los acontecimientos de su vida.

Aunque haya caído en el mismo error con todas sus parejas, a la persona con esta problemática le es difícil reconocerse como dependiente, no siendo demasiado consciente de cómo su forma de pensar y actuar le limita o le daña, tanto a ella como a su relación, pudiendo incluso aflorar un mecanismo de defensa denominado *de-negación* por Freud (13). Este término *denegación* se usa para hablar de la irrupción en el discurso de los pacientes de contenidos reprimidos, los cuales aparecen en modo de negaciones sin que aún sean capaces de admitirlos como propios.

De todo lo descrito se deduce que los dependientes emocionales dan una importancia vital a sus relaciones sentimentales y todo el carrusel de problemas, discusiones, rupturas, fracasos que se van acumulando a lo largo de su vida es vivido con mucho dolor y angustia, ya que no encuentran solución a sus problemas, a pesar de emplearse a fondo con sus parejas.

3. Evaluación de la dependencia emocional

Describimos a continuación los instrumentos creados para determinar el grado de dependencia de las personas.

La mayoría de las formas de determinar dependencia son medidas estructuradas basadas en autoinformes que requieren que la persona juzgue y declare su propio comportamiento. Los autoinformes suelen tener el problema de que la persona sabe qué es lo que se mide y por consiguiente el individuo suele incurrir en un sesgo hacia la deseabilidad social o simplemente ser poco capaz de juzgar su propia conducta.

La medida poco estructurada más usada es el *Roscharch Oral Dependency*, *ROD* (14), en el que se exponen 10 tarjetas de Roscharch y se pide una descripción de lo que se ve. Bornstein (15) encontró que el *ROD* tenía buena validez. Otra medida poco estructurada es el *Thematic Aperception Test*, *TAT* (16), que ha sido menos usada que el *ROD*. Masling desarrolló un sistema de puntuación que denominó *TOD*; aunque en un principio los resultados de éste se correlacionan con los del *ROD*, no se han hecho suficientes estudios para validarlo en muestras significativas.

El *MMPI* (17) y el *Inventory of Interpersonal Problems*, *IIP* (18) también tienen una subescala de dependencia. El instrumento psicométrico derivado de la teoría de Millon es el *Inventario Clínico Multiaxial de la Personalidad* (19). En principio diseñado para establecer los perfiles de personalidad, así como para establecer trastornos de personalidad, utiliza categorías de diagnóstico que se corresponden con el DSM. Es un instrumento usado con mucha frecuencia y goza de un sólido respaldo científico. Sin embargo, parece que en cuanto a los trastornos de personalidad, lo que mide realmente son estilos de personalidad.

Como prueba específica para medir dependencia es muy usada el *Interpersonal Dependency Inventory* (*IDI*), creado por Hirschfeld, Klerman, Gough, Barrett, Korchin y Chodoff (20). Los autores parten del concepto de Dependencia Interpersonal: pensamientos, creencias, sentimientos y comportamientos relacionados con

la necesidad de asociarse de forma cercana con otros. El instrumento tiene 48 ítems y 3 subescalas: Dependencia emocional en otra persona, Falta de autoconfianza social en sí mismo y Aserción de autonomía. Hay que tener en cuenta que mide la dependencia de forma general (6).

La *Spouse Specific Dependency Scale* (SSDS) fue creada por Rathus y O'Leary (21) para medir dependencia emocional. Es una escala con tres componentes diferenciados por género, de 10 ítems cada uno: a) apego ansioso; b) dependencia exclusiva; y c) dependencia emocional. Fue diseñada para la detección e intervención en violencia conyugal, de tal modo que está más orientada a esta población y tiende a evaluar la dependencia desde los rasgos del trastorno de personalidad por dependencia, por lo cual hay que tener estas características en cuenta a la hora de aplicarla a la población general. La adaptación castellana fue realizada por Valor-Segura, Expósito y Moya (22), dejando ver en sus conclusiones que su mejor aplicación es la relación entre las conductas violentas y la dependencia dentro de la pareja.

El *Relational Profile Test* (Test de Perfil Relacional *RPT*) fue construido por Bornstein y Languirand (23). Esta escala mide los siguientes constructos cercanos a la dependencia emocional: a) sobredependencia destructiva; b) desapego disfuncional; y c) dependencia saludable. También en este caso se considera que los ítems están muy cercanos al Trastorno de Personalidad por Dependencia del que fuera *DSM-IV*.

Lemos y Londoño (12) construyeron un Cuestionario de Dependencia Emocional. Identificaron dos factores centrales disparadores de la dependencia, como son la ansiedad de separación y el miedo a la soledad, además de localizar las estrategias interpersonales típicas de la persona dependiente para mantener a su pareja: la expresión afectiva de la pareja, la modificación de planes, la búsqueda de atención y la expresión límite. La diferenciación completa existe en personas que han resuelto por completo el vínculo emocional con su familia; son responsables de ellos mismos pero no participan o no se hacen responsables de la irresponsabilidad de otros (24).

4. Relación entre la dependencia emocional y las adicciones

Como indicábamos al inicio, creemos que en todos los procesos adictivos, de una u otra forma, está en juego la relación afectiva con los demás dentro de sus múltiples formas y significados; la adicción es un problema funcional y relacional, de tal suerte que no sería aventurado decir que un adicto siempre tiene algo de dependiente emocional, aspecto que deberá tenerse en cuenta a la hora del tratamiento.

Entendemos que las personas adictas, aunque no todas lleguen a cumplir los criterios para ser diagnosticadas de un trastorno de personalidad dependiente, suelen mostrar un fuerte rasgo dependiente (a sustancias, cosas y/o personas) de modo que, para llevar a buen puerto el tratamiento, ha de tenerse en cuenta la dependencia. La persona debe encontrar su punto justo: ser autónomo y libre de argollas del tipo que sean, en forma de máquinas tragaperras o en forma de sustancias que le asfixian, y a la par sentir que necesita a los otros de una forma sana. Cada uno con su estilo pero independientemente de las maneras de los demás; el límite que desee marcar con los demás y la mayor o menor vinculación con los otros se hace imprescindible en todos los casos.

5. Consideraciones para el tratamiento

Imaginemos por un momento cómo sería la realidad de una persona que presentara varias de las características que hemos descrito; de entrada, un bajo concepto sobre sí misma y un gran miedo a la soledad. Ante este panorama es esperable una fuerte necesidad de fusión (de estar junto al otro como fuente de seguridad), unida a una gran ansiedad ante la separación. A su vez, todo ello despierta una poderosa necesidad de controlar al otro como fórmula para evitar su gran temor: ser abandonada. Podemos observar que, en este marco, la emoción principal desde la que se mueve la persona es el miedo, quedando fuera aspectos básicos como la convicción de valía personal, la confianza en uno mismo o la sensación de seguridad.

En general, podríamos decir que aquello de lo que más adolece y, por tanto, aquello que más necesita el dependiente emocional es sentirse seguro. Tener seguridad no significa que nunca se dude de nada. Cuando a una persona de las que entendemos por seguras se le plantea una duda razonable, busca información, contrasta opiniones y finalmente toma la decisión que considera más adecuada. Es decir, las dudas no lo paralizan; a pesar de ellas, no deja de actuar. Podrá acertar o, por supuesto, podrá equivocarse pero, en definitiva, estar seguro de algo no evita la posibilidad de equivocarse. Acertar o errar, ambas posibilidades debemos asumirlas para no quedar en un *impasse* propio tanto de los dependientes emocionales como de los adictos a sustancias psicoactivas.

Abraham Maslow, en su conocida jerarquía de necesidades humanas, coloca la necesidad de seguridad en el segundo nivel, justo después de las necesidades fisiológicas básicas como respirar, alimentarse o descansar. Cubrir estas necesidades

situadas en la base de la pirámide es condición necesaria para poder atender otras necesidades superiores: sociales, de estima o de autorrealización.

Tras lo expuesto, sostenemos que la seguridad es una necesidad humana básica. Tiene que ver con sentirse protegido, con conservar lo que se tiene, con evitar pérdidas y malestares, de modo que podemos entender su importancia. Las personas tendemos a buscar cada vez más seguridades, hasta el punto de que «podemos llegar a sacrificar buena parte de nuestras libertades a fin de obtener una mayor seguridad y certidumbre en nuestras vidas» (5).

Entendemos que en un primer momento se usan las sustancias psicoactivas de forma lúdica, para la diversión, pero después, con el paso del tiempo, las sustancias pasan a ser un refuerzo negativo y cumplen una función para el sujeto que las consume, por ejemplo la búsqueda de seguridad, que puede estar detrás de muchas de las dependencias a sustancias psicoactivas. Desde esta perspectiva, la intervención terapéutica pasa por entender la función del síntoma y ayudar a que el usuario se sienta más seguro, con mayor confianza en sí mismo y supere el *impasse*. De igual manera es recomendable promover la autovaloración, dotar al sujeto de recursos que favorezcan la comunicación interpersonal, la resolución de conflictos o la adecuada gestión de emociones desagradables y experiencias de fracaso.

Con todo ello ayudaremos al desarrollo de su autoconfianza; la confianza de poder hacer frente de manera adecuada a las dificultades que la vida le depare.

En otras palabras, se trata de favorecer el empoderamiento de la persona y, aunque suene poco académico, de suscitar la sensación de «poder interno»; nos referimos a una fuerza, una energía, un deseo, un recurso que se vivencia como la sensación de sentirse capaz, con confianza para alcanzar metas o al menos intentarlo y seguir «nuestro camino a nuestro modo» (25). Toda intervención que favorezca esta sensación de poder interno será positiva para la persona con dependencia. En palabras de Haranburu, Esteve, Balluerka, Gorostiaga y col (11), el objetivo de la terapia es conseguir progresivamente la autonomía, la autoconfianza y el sentimiento de autoeficacia del paciente.

Respecto al formato de la terapia, individual o grupal, señalar que ambas posibilidades tienen sus ventajas e inconvenientes. El formato individual permite que la persona construya junto con el terapeuta una relación equilibrada que no llegue a convertirse en una fusión, siendo de este modo una experiencia correctiva. El formato grupal, por su parte, permite que la persona tenga muchos puntos de vista sobre su conducta interpersonal, además de dificultar que monopolice la atención del terapeuta.

Sabemos que, dentro de ciertas similitudes, cada caso es diferente, de modo que el terapeuta deberá atender los temas o dificultades concretos que cada persona plantee y seguir un proceso personalizado utilizando el formato que considere más adecuado.

Proponemos aquí un conjunto de estrategias (ver Tabla 2) que han sido de utilidad en nuestra práctica terapéutica y de las que el profesional puede echar mano según el caso particular y su propio criterio.

Tabla 2. Estrategias

CARACTERÍSTICA	PROPUESTAS DE TRABAJO
Negatividad sobre sí mismo	Formato grupal:
	✓ Dar valoraciones positivas.
	✓ Árbol de logros personales.
	✓ Distorsiones o errores de pensamiento.
	✓ Aprender a relativizar el error.
	Formato individual:
	✓ Valoración externa, refuerzo positivo.
Miedo a la soledad	Formato grupal:
	✓ Promover espacios de soledad y silencio.
	Formato individual:
	✓ Programar tareas para realizar de forma individual.

A continuación describimos brevemente un par de estrategias que pueden llevarse a cabo de forma individual.

Valoración externa, refuerzo positivo:

Sabemos que las personas crecemos a través de la mirada de los otros, sobre todo de los otros significativos. Por ejemplo, si otras personas importantes para nosotros nos miran, nos etiquetan y nos tratan repetidamente como incapaces, es muy probable que lleguemos a creernos e identificarnos con esa característica. La negatividad sobre uno mismo, la creencia de que uno no vale, fácilmente puede proceder de haber escuchado muchas veces la insidiosa frase «tú no vales» o mensajes similares.

Cuando una persona no cree en sí misma puede ayudar que el refuerzo y la valoración vengan de fuera para que progresivamente pueda: a) ver o ser consciente de sus capacidades; b) permitirse actuar; y c) creer y sentirse capaz. Por ello, va a ser importante que el usuario encuentre un terapeuta que sepa dar valoraciones en su justa medida, sin excederse tampoco en ningún caso. Saber dar valoraciones

significa saber que no es necesario valorarlo todo ni en todo momento. Se trata de valorar justo aquello que queramos desarrollar y esté en consonancia con el deseo y objetivos del paciente y siempre que sea cierto. Por otra parte, es importante recordar que la excesiva compasión, ayuda y falta de límites en el tratamiento son enemigos naturales del drogodependiente y, por qué no, también del terapeuta.

Programar tareas a realizar de forma individual:

Uno de los puntos clave en la terapia es que la persona en tratamiento vislumbre la posibilidad de existir de forma autónoma respecto de otras personas o que comience a confiar en su propio criterio.

Para aproximarnos a ello debemos brindarle oportunidades de llevar a cabo determinadas acciones de forma individual; del mismo modo que a andar se aprende andando y a nadar se aprende nadando, a ser autónomo o independiente se aprende practicando cosas de forma autónoma confiando en un criterio propio. Se trata de que el paciente plantee, con la aquiescencia del terapeuta, tareas u objetivos asequibles a los recursos que él posee, de modo que con alta probabilidad pueda resolverlos de forma favorable. Con ello perseguimos un doble objetivo: por un lado, nos permitirá, a posteriori, ofrecer los logros conseguidos como refutación de su supuesta falta de capacidad para afrontar problemas y salir adelante por sí misma; y por el otro, comenzaremos a devolver a la persona la responsabilidad sobre su propio proceso. Se trata de conseguir equilibrar la vida del dependiente incrementando su implicación activa en la satisfacción de sus necesidades sin requerir un apoyo excesivo de los demás.

Es de recibo que debemos adaptarnos a la persona. Primero es recomendable planear tareas más sencillas y luego aquellas más complejas o que, por alguna razón, le resulten más difíciles de llevar a cabo. Sirven para ello cualquier tipo de actividades como, por ejemplo, salir a comprar unos zapatos, preparar una comida, limpiar una habitación, ir solo al cine o tomar decisiones como el menú de un día, la actividad a realizar una tarde, etc.

Si consigue cumplir la tarea es probable que a continuación la desvalore; es decir, que reste valor a lo logrado. Si ocurre así, podemos hacer consciente este mecanismo, preguntarle si en él es habitual quitarle mérito a las cosas que ha conseguido, incluso animarle a que retroceda en el tiempo: antes de haber completado la tarea, ¿cómo te sentías?; seguramente antes de conseguirlo le parecía algo difícil.

Otra opción es que no haya podido completar la acción programada o que haya cometido un error. Es momento de ayudar a relativizar el error entendiéndolo como parte del proceso de aprendizaje.

Cualquiera que haya trabajado con adictos sabe que son pacientes complicados con una alta probabilidad de abandonar el tratamiento. Pero los adictos con rasgos fuertes de dependencia emocional a los que nos referimos aquí, presentan un perfil distinto. De hecho, tienen como característica una buena adhesión al tratamiento y transmiten la sensación de ser buenos pacientes, cumplidores y ávidos de ayuda. El deseo de ser buen cliente puede llevar, incluso, a que guarde información relevante para conservar su ideal presentación de sí mismo. Lo que, a su vez, puede llevar a que terapeuta y cliente tengan diferentes percepciones de los problemas a que se enfrentan. Otra de las características de los pacientes dependientes es que toleran mal las ausencias del terapeuta y en etapas más avanzadas del tratamiento el tiempo entre sesiones puede ser una herramienta para ir desarrollando la autonomía progresivamente. Uno de los desafíos más importantes es saber ir separándose de su terapeuta y superar positivamente ese duelo bajo el análisis y la tutela que supone el proceso terapéutico.

Antes de finalizar, queremos señalar dos importantes aspectos a tener cuenta durante en el tratamiento, como son la revisión de creencias y el entrenamiento asertivo.

En general, en las personas dependientes encontraremos creencias altamente limitantes sobre ellas mismas del tipo «no puedo funcionar en el mundo sin asistencia de los demás» o «no puedo sobrevivir sola». Estas creencias se refieren al concepto que la persona tiene de ella misma, es decir, a su identidad. Otras creencias se referirán al mundo y a los otros, como por ejemplo «los otros están ahí para cuidarme». Todo este conjunto de creencias se retroalimentan, consiguiendo que el individuo cada vez las materialice más en su vida (26). Reconocerlas y confrontarlas sustituyéndolas por otras más adaptativas será una tarea primordial.

En cuanto a la agresividad e impulsividad sabemos que, por lo común, las personas que poseen problemas con las drogas son impulsivas, manipuladoras, que tergiversan la comunicación, que puntúan alto en los cuestionarios de búsqueda de sensaciones y, por consiguiente, su tratamiento pasa por imponer límites muy claros y establecer un marco de referencia con las menores fisuras posibles. La intervención conlleva por estructurar el tiempo de ocio y aprender a prever y organizarse en todas las áreas; en definitiva, darles una contención de la que carecen. Por el contrario, los adictos con alta dependencia emocional tienden a reprimir la agresividad, puesto que es un factor que podría amenazar sus relaciones de pareja y es probable que asuman respuestas pasivas en oposición a respuestas asertivas. Al no dar expresión a los sentimientos pueden presentar una tendencia a somati-

zar de diferentes formas. Por todo ello será conveniente dar a conocer y favorecer la asertividad como una habilidad fundamental, con importantes beneficios tanto para ellos como para sus relaciones.

Para terminar, queremos señalar que tradicionalmente se ha visto como dependiente emocional solamente a quien adopta un rol de sumiso; sin embargo y en buena lógica, hoy se sabe también que las personas excesivamente dominantes están expresando así su dependencia, ya que no pueden vivir sin que alguien se «enganche» a ellas: ambos se necesitan. A este fenómeno lo podemos llamar co-dependencia. Se trata de un modo particular de relación en el cual una persona depende de otra que a su vez es dependiente. Ambos dependen del otro. Es posible observar esta conducta co-dependiente entre por ejemplo esposas e hijos de alcohólicos u otros drogadictos (27).

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Pérez del Río F, Martín I. Nuevas adicciones ¿Adicciones Nuevas? Guadalajara: Intermedio ediciones, 2007.
- 2- Soler J, Conangla M. La ecología emocional. Amat editorial, 2009.
- 3- López F. Amores y desamores. Procesos de vinculación y desvinculación, sexuales y afectivos. Madrid: Biblioteca Nueva, 2009.
- 4- Bornstein R. Depathologising dependency. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1998; 186: 67-73.
- 5- Soler J, Conangla M. Ámame para que me pueda ir. Amat editorial, 2013.
- 6- Castelló B. Dependencia emocional, características y tratamiento. Madrid: Alianza Ensayo, 2005.
- 7- Cuevas V. "El poder de sanación en la terapia". Material no publicado. Curso. Escuela de Psicoterapia de Valencia (EPV). Valencia, 7-9 de Marzo de 2013.
- 8- Sanz F. Los vínculos amorosos. Kairós, 1995.
- 9- Marina A. El rompecabezas de la sexualidad. Barcelona: Anagrama, 2006.
- 10- Norwood R. Las mujeres que aman demasiado. Buenos Aires. Javier Vergara, 1985.
- 11- Haranburu M, Esteve J, Balluerka N, Gorostiaga A, Guerra J. Trastorno de la personalidad por dependencia: etiología y tratamiento. Congreso Virtual de Psicología Interpsiquis 2011; Psicología.com (Internet) 15: 62.
- 12- Lemos M, Londoño NH, Zapata JA. Distorsiones cognitivas en personas con dependencia emocional. *Informes psicológicos*, 2007; n° 9. 55-69.
- 13- Freud S. Obras Completas. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva, 1973.
- 14- Masling JM, Rabie L, Blondheim SH. Obesity, level of aspiration and Roscharch and TAT measures for oral dependency. *Journal of consulting Psychology*. 1967; 31. 233-239.
- 15- Bornstein R. Dependency. En Costello CG. (Ed.) Personality Characteristics of the Personality Disordered. New York: John Wiley y sons. 1996; 120-145.

- 16- Murray H.A. Thematic Apperception Test Manual. Cambridge, MA: Harvard Univ. Press, 1943.
- 17- Butcher JN, Daelstrom WG, Graham JR, Tellegen A, Kaemmer B. Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI-II): Manual for administration and scoring. Minneapolis: Univ of Minnesota Press, 1989.
- 18- Horowitz LM, Roisenberg SA, Baer BA, Ureno G, Villasenor VS. Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988; 86: 885-892.
- 19- Millon T. Inventario Clínico Multiaxial de Millon II. Tea Ediciones, 1998.
- 20- Hirschfeld RM, Klerman GL, Gough HG, Barrett J, Korchin SJ, Chodoff P. A measure of interpersonal dependency. *Journ. Person. Assess*, 1977; 41 (6), 610-618.
- 21- Rathus JH, O'Leary, KD. (1997). Spouse-Specific Dependency Scale: Scale Development. *Journal of Family Violence*, 12 (2), 159-168.
- 22- Valor I, Expósito F, Moya M. Desarrollo y validación de la versión española de la Spouse Specific Dependency Scale (SSDS) *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2009; vol. 9 n° 3. 479-500.
- 23- Bornstein RF, Geiselman KJ, Eisenhart EA, Languirand MA. Construct validity of the Relationship Profile Test: links with attachment, identity, relatedness, and affect. *Assessment*, 2002; 9 (4), 373-381.
- 24- Vargas JJ, Ibáñez EJ, Armas P. Desarrollo de un instrumento de evaluación para el concepto de diferenciación. *Revista de electrónica de Psicología Iztacala*. 2009; Vol. 12 N° 1.
- 25- Cuevas V. El poder en la terapia. Ponencia presentada en el II Congreso Nacional de Gestalt. Madrid, 2002.
- 26- Sperry L, Mossak HH. Personality Disorders in Sperry L. and Carlson J. (Eds.) *Psychopathology and psychotherapy*. Washington DC: Accelerated Development, 1996; 279-335.
- 27- Andreas C, Andreas S. Corazón de la mente. Editorial cuatro vientos, 2003, 5ª edición.

2.7.- Evaluación de las adicciones: reconocimiento y atención integrada.

**Esther García Usieto, Carmen Pernía,
Cesar Pascual, Iñaki Markez**

I.- Introducción

La expresión sintomatológica de las adicciones resulta polimorfa y abigarrada. En cualquier caso, todas ellas coinciden en la presencia de un núcleo caracterizado por el “descontrol” sobre el consumo, tanto ante la imposibilidad para detener el consumo como la de no poder impedir iniciar dicho consumo, descrito por Edwards¹.

Desde tiempos remotos, las drogas van ligadas a la presencia del ser humano. Ahora bien, las sustancias ingeridas y los estilos de consumos evolucionan con las generaciones, los conocimientos, y los tiempos. En nuestro medio, en los últimos años, las actitudes y cultura se han transformado tanto respecto a las drogas legales, alcohol y tabaco, como a las ilegales, cánnabis, cocaína, otros estimulantes y derivados opiáceos².

Para los profesionales, las tendencias actuales vienen marcadas por los nuevos perfiles de demandas de tratamiento y el marco teórico de doctrina.

- Las demandas de abandono de tabaco se incrementan.
- El consumo de alcohol tradicional, a expensas del vino, va dejando paso a nuevas bebidas, como cerveza, nuevos licores y combinados, y nuevos estilos con policonsumo con cocaína.
- Cánnabis y cocaína también son motivos crecientes en demanda de ayuda.
- Las adicciones denominadas “emocionales”, relacionadas con juego, sexo, compras, redes sociales son también solicitudes de tratamiento en los dispositivos asistenciales.
- El abordaje de las adicciones se enfoca desde una perspectiva integral, contemplando no solamente las complicaciones derivadas del consumo de la(s) sustancia(s) sino también la comorbilidad psiquiátrica asociada, denominada “patología dual”³.

En este contexto, la evaluación de las adicciones se plasma desde la perspectiva de enfermedad biopsicosocial con una progresiva “psiquiatrización” fundamentado en un cuerpo de doctrina basado en la medicina basada en la evidencia. Donde el abordaje de las adicciones salpica tanto a la Atención primaria como especializada, obligando a una coordinación de recursos e iniciativas.

Las intervenciones técnicas se fundamentan en las relaciones interpersonales terapeuta/paciente, precisando del cuidado del vínculo establecido a lo largo de todo el proceso, así como una entrevista cuidada y cuidadosa, con la recogida de los numerosos datos para confeccionar un documento único: la historia clínica⁴.

II.- Evaluación del caso desde la perspectiva individual

La evaluación individual de las adicciones resulta un proceso complejo que se basa en una exploración clínica minuciosa y detallada cuyo objetivo final consiste en base a un primer juicio diagnóstico en asentar los objetivos iniciales del proceso terapéutico o plan terapéutico individual.

La recogida de la mayor parte de los datos pasa por la relación terapeuta/paciente.

Por tanto, resulta esencial, desde el inicio del proceso, cuidar el establecimiento y mantenimiento del vínculo terapéutico, respeto de la confidencialidad y petición de los consentimientos necesarios. Además, se complementarán con: información de personas cercanas, informes, pruebas complementarias realizadas, etc.

La valoración de las adicciones va a consistir en un proceso complejo que implica la ordenación y gestión de información que precisa de un método sistemático y riguroso.

Los criterios diagnósticos y los instrumentos de evaluación de los trastornos mentales en general y los trastornos adictivos en particular, presentan sus limitaciones. El primer interrogante es conocer si existen instrumentos diagnósticos fiables y evaluables o nos debemos conformar con los criterios diagnósticos perfilados en los grandes instrumentos, la CIE⁵ y el DSM⁶. Quizá haya que preguntarse previamente si optamos por algún instrumento frente a la aportación de los datos incluidos en las historias clínicas. Se suele plantear un diagnóstico multiaxial con cinco ejes.

II.1.- Historia toxicológica

En el primer eje, la historia toxicológica abarca datos acerca del consumo de

todas las sustancias: alcohol, cafeína, cánnabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, tranquilizantes, estimulantes, tabaco,...

Drogas consumidas

Pero, el paciente suele acudir demandando ayuda por problemas relacionados con una sustancia, por la que conviene iniciar la exploración. Posteriormente, se procede a la revisión de todas las drogas ingeridas una por una, pues el sujeto incluso siendo colaborador puede omitir algunos aspectos.

El repaso de los tóxicos puede debutar por los legales: xantinas, tabaco y alcohol y continuar con los ilegales: cannabís, estimulantes, opiáceos, drogas de síntesis, alucinógenos, inhalantes, sin olvidar los fármacos y psicofármacos.

A su vez, de cada sustancia, de forma sistemática, se detallan:

- cantidades consumidas,
- vías de administración,
- circunstancias de la ingesta,
- periodo(s) de consumo: en el momento presente, durante el último mes, a lo largo de los últimos 12 meses y otros periodos por determinar en función de las respuestas obtenidas,
- motivo de los cambios descritos, si los hubiese,
- razones para consumir y para no consumir,
- la identificación de problemas derivados del consumo,
- descripción de tratamientos anteriores (dispositivos, fármacos, periodo de abstinencia, motivo de recaídas...),
- su disposición actual al cambio, hacia la abstinencia / reducción y al proceso terapéutico.

Criterios de dependencia

De nuevo para cada droga, se explora la presencia de los criterios de dependencia:

- deseo irresistible / pérdida control
- tolerancia
- abstinencia
- consumo durante más tiempo de lo previsto o planificado
- tiempo empleado en actividades relacionadas con el consumo o la recuperación de los efectos
- reducción de actividades sociales, laborales o recreativas
- persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales

La constatación de fenómenos como tolerancia y abstinencia que resultan mas ligados a los fenómenos de neuroadaptación, resulta determinante en el planteamiento de la desintoxicación.

Al finalizar la exploración de cada sustancia se puede catalogar como: abstinencia,

- consumo ocasional,
- consumo recreativo,
- consumo moderado,
- consumo perjudicial/abuso,
- dependencia activa, en remisión, en tratamiento,
- poliuso,
- policonsumo,
- polidependencias.

Por fin, también es de interés preguntar por el orden de preferencia de las diversas drogas consumidas a lo largo de la vida. Quizás se pueda así perfilar más el tipo de sustancias: sedantes vs estimulantes, consumos ligados al ocio...

Disposición a los cambios terapéuticos

Los cambios necesarios a lo largo del tratamiento despiertan miedos, ambivalencia y resistencias. El análisis de la motivación y disposición resultan pues esenciales. La evolución sigue un proceso circular y progresivo por niveles siguiendo los estadios del cambio de Prochaska y DiClemente⁷:

- fase de precontemplación donde no existe consciencia del problema;
- fase de contemplación en la que se toma conciencia de la situación;
- fase de preparación en la que se toma la decisión del cambio;
- fase de acción donde se inician los cambios que se consolidan en la fase de mantenimiento siempre que no acontezca la recaída.

Mientras el individuo no se encuentre dispuesto a actuar las intervenciones se han de enfocar precisamente a ese punto indispensable para plantear una intervención bien hacia la reducción o bien hacia la abstinencia del consumo.

Otros datos relacionados con la enfermedad adictiva

El proceso terapéutico exige reflexión, análisis e introspección. A lo largo del tratamiento se va valorando:

- la identificación de dificultades,
- contextos ligados al riesgo,

- la resolución de problemas y toma de decisiones,
- la percepción de autocontrol,
- el manejo del ansia por consumir,
- prevención de recaídas con detección e identificación de situaciones de riesgo,
- conductas previas al proceso de recaída,
- identificación de cadena de recaída,
- análisis de recaídas previas,
- estrategias de afrontamiento,
- plan de actuación tras haber roto la abstinencia,
- conciencia de enfermedad(es) adictiva y/o mental.

En el terreno conductual se estudiarán aspectos relacionados con el ocio, tiempo libre, estilo relacional, convivencia (familiar, otros ambientes sociales,...) roles, asunción de responsabilidades, manejo de conflictos, límites, infracciones (tráfico rodado, delitos,...). Es frecuente observar comportamientos todo/nada con posiciones en posturas extremas

En cuanto a las habilidades sociales se valora: la conducta asertiva vs pasiva, las distorsiones cognitivas, las habilidades conversacionales, dar y recibir cumplidos, la expresión de sentimientos, la expresión y aceptación de críticas, pedir favores, *decir no*. Al inicio del proceso es frecuente observar mecanismo de defensa como la negación y/o proyección que progresivamente darán paso a otros más sanos.

La capacidad de control se aborda tanto a nivel cognitivo, como conductual y constituye un elemento decisivo para la elección del dispositivo asistencial que brinda la contención externa adaptada a cada caso.

Síntomas inducidos vs psiquiátricos

En el momento de la exploración, los pacientes generalmente acuden bajo los efecto(s) de la(s) sustancia(s), complicando la interpretación de los síntomas observados. Pues, pueden concurrir síntomas:

- de la propia adicción,
- psiquiátricos inducidos por la(s) sustancia(s),
- psiquiátricos coexistentes,
- y el consumo de sustancias altera el curso de la enfermedad mental.

La observación sugiere una gran confusión de síntomas pendientes de etiquetar. Para clarificar la identidad de los síntomas el paso del tiempo es clave:

- La desaparición de los síntomas después de unas cuatro semanas de abstinencia se relaciona con su naturaleza inducida.

- Pero si persisten junto con los síntomas psiquiátricos apoya la co-existencia de ambos procesos.
- Los resultados de los análisis toxicológicos son también aclaratorios.
- En los síntomas primarios no se objetiva consumo de sustancia, pueden preceder al consumo de sustancias, pueden persistir más tiempo, tras la abstinencia o intoxicación y además no son característicos de la(s) sustancia(s) utilizada(s).

Un planteamiento adaptado pasa por establecer inicialmente un juicio diagnóstico de presunción con nueva evaluación pasadas unas cuatro semanas tras la retirada de las sustancias para emisión de un diagnóstico de confirmación.

Los síntomas de la adicción, salvando los criterios definitorios, conforman síntomas inespecíficos como: ansiedad, desánimo, desajustes emocionales, descontrol en el área cognitivo-conductual.

Los síntomas inducidos dependen, por supuesto, de las sustancias consumidas pero se desdibujan en caso de policonsumo o polidependencia. Resultan particularmente abigarrados síntomas en áreas claves: ánimo, sueño, cogniciones, psicosis, etc.

En el eje I, se contemplan los siguientes trastornos inducidos: intoxicación, abstinencia, delirium por intoxicación, delirium por abstinencia, demencia persistente inducida, trastorno amnésico persistente inducido, trastorno psicótico inducido, trastorno del estado de ánimo, trastorno ansiedad inducido, trastorno sexual inducido, trastorno sueño inducido, trastorno no especificado.

La exploración detallada de los síntomas puede realizarse en distintos momentos (cortes transversales) y en presencia de diversas sustancias vs abstinencia.

A lo largo del proceso asistencial se suceden, por tanto, exploraciones detalladas de los síntomas presentes, tratando de establecer una cronología de los trastornos a lo largo de la vida, dibujando así una visión longitudinal, con cortes transversales en momentos claves, tratando de interrelacionar las modificaciones sintomatológicas con las circunstancias del consumo de sustancias. Por supuesto, estos valiosos datos precisan de un adecuado registro: la historia clínica.

II.2.- Evaluación de la Comorbilidad psiquiátrica

Es fundamental la exploración psicopatológica en las personas consumidores de sustancias. Así, el estudio de la comorbilidad psiquiátrica (patología dual) exige un examen del estado mental al uso donde algunos aspectos resultan de especial interés:

- La afectación del estado de ánimo puede ser inducido, primario, derivado de la propia adicción o bien incluso un resultado de la pérdida y abandono de una sustancia de años de evolución (auténtico duelo). El principal motivo de recaída aludido trata también de los estados emocionales negativos. La exploración del estado de ánimo precisa por tanto una minuciosa dedicación, pues constituye un punto clave en el plan terapéutico.
- Es muy frecuente observar una baja autoestima con/sin sentimiento de culpa asociado, relacionados con la desesperación frente a la espiral de descontrol de la adicción, vergüenza experimentada y la toma de conciencia de las complicaciones, incluso los daños a terceros.
- El consumo de sustancias se considera una conducta autodestructiva a largo plazo.
- Se pueden observar conductas como: autolesiones, conducta parasuicidas, conductas automutilantes y suicidio (se detectó la presencia de alcohol en el 50% de los casos, la enfermedad mental aumenta el riesgo, los trastornos de la personalidad aumentan hasta 7 veces el riesgo. Estas altas prevalencias de suicidios o gestos autolíticos exigen prudencia detección y prevención⁸.
- La ansiedad, síntoma inespecífico por excelencia, fuente de malestar cuasi permanente en estos sujetos, mientras se mantenga presente, desasosiega, inquieta, desestabiliza y así aumenta el riesgo de recaídas. En casos de fobias, se han podido utilizar drogas sedantes buscando un efecto ansiolítico.
- Paralelamente a estos síntomas afectivos, las dificultades para conciliar un sueño reponedor constituyen una exigencia y un reto no siempre fácil de lograr.
- Los trastornos de la alimentación pueden coexistir no solamente antes o en el momento de la evaluación sino también después de retirar la(s) sustancia(s) se pueden observar conductas alimentarias descontroladas que obligan a su abordaje y contención.
- El descontrol, no solamente se manifiesta en relación con el consumo de sustancias sino que también en impulsos en diversas áreas y manifestaciones: emocional, conductual, alimentario, juego, sexual, compulsión, dipsomanía, ludopatía, cleptomanía, piromanía, tricotilomanía, actos en cortocircuito, autolesiones, impulsos suicidas, impulsos violentos,...
- La expresión de agresividad a terceros se realiza con distintos grados de intensidad, pasando desde un nivel verbal, hasta peleas, agresiones, abusos, violaciones, negligencia. Las personas que han sufrido abusos o vivido algunas

circunstancias de violencia doméstica a lo largo de su vida han de identificarse e incorporar su abordaje en el plan terapéutico.

- El nivel de conciencia puede alterarse con: lapsus de atención, distraibilidad, enturbiamiento de la consciencia, obnubilación, somnolencia, estupor, letargia, coma, intoxicado, confuso, atención fluctuante, estado crepuscular como trastornos de la percepción con: pseudoalucinaciones, ilusiones, conducta alucinatoria, alucinosis, microzoopsias,... alertan de cuadros clínicos graves como predelirium, delirium o psicosis,...
- La elevada prevalencia de TDAH obliga a su exploración, detección y tratamiento que supone un cambio vital drástico asociado a un mejor pronóstico
- Las drogas son tóxicos que afectan especialmente al sistema nervioso y a la memoria con repercusiones reversibles sin sustancia(s) y permanentes en cuadros clínicos más graves que pueden cursar en el marco de un deterioro neurocognitivo.
- El plan terapéutico se ajusta al rendimiento intelectual que condiciona las respuestas y evolución.
- La capacidad de juicio se puede ver alterada o mermada bajo los efectos de las sustancias tanto en el consumo ocasional como mantenido. Puede llegar a tener consecuencias legales y objeto de peritajes tratando de plantear alguna eximente/imputabilidad.
- El contenido del pensamientos sufre una evolución: inicialmente la nueva percepción de la realidad sin sustancias, progresivamente aparecen nuevas preocupaciones, elementos de inseguridad, miedos, etc. las sustancias se interpusieron ante las frustraciones y problemas.
- El consumo tanto agudo como crónico puede afectar al nivel de concentración^{9,10,11,12,13,14,15,16}

El DSM V⁶ determina niveles de gravedad de la(s) dependencia(s) en base al número de criterios presentes: leve (2 a 3 síntomas), moderado (4 a 5 síntomas) y grave (6 o más síntomas).

Mientras no se pueda alcanzar un diagnóstico categorial, conviene apoyarse en cuadros sindrómicos: ansiedad, depresión, psicosis, trastornos de conducta, agresividad, impulsividad, inestabilidad emocional, trastorno de control de impulsos que al menos permiten confeccionar un plan terapéutico y un abordaje inicial. En cualquier caso a lo largo del seguimiento clínico, no se pueden menospreciar síntomas por inespecíficos que parezcan, además entre la situación confusa e inestable

resulta operativo establecer una jerarquía entre el conjunto de síntomas. Durante el tratamiento las decisiones pueden resultar complejas, obligan a la reevaluación frecuente y minuciosa, que conllevan reajustes en los objetivos e intervenciones marcados.

En la investigación se llegan a utilizar instrumentos de evaluación como la Entrevista Clínica Estructurada (Structured Clinical Interview for DSM, SCID¹⁷), el Addiction Severity Index (ASI), el cuestionario multidimensional y autoadministrado Symptom Checklist-90-revised (SCL-90-r), el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo de Spielberger (STAI-E/R), el Cuestionario de salud General (GHQ) y otros^{18,19,20,21,22,23}.

Al final de esta evaluación, se detallan no solo los episodios actuales en un supuesto corte transversal sino también se sitúan los acontecidos a lo largo de la vida, con una visión longitudinal a lo largo de la vida.

II. 3.- Evaluación de la personalidad

La presencia de patología dual relacionada con la presencia de un trastorno de personalidad, en personas con trastornos psiquiátricos también ha estado ampliamente descrita en la literatura, con una presencia sobre el 50% en pacientes psiquiátricos y alrededor de un 70 a 80% en la población toxicómana^{24,25}.

El concepto de personalidad adictiva -la personalidad del toxicómano- se ha desechado, considerando que las adicciones son fenómenos complejos y multicausales, pudiendo concluir que no hay evidencia de una personalidad proclive a la adicción²⁶. Sin embargo, producto de esas concepciones previas los cuestionarios de personalidad se han utilizado con cierta profusión en los estudios de toxicómanos²⁰.

Explorar los rasgos de personalidad es uno de los aspectos de evaluación más relevantes en la clínica. La evaluación de la personalidad merece un estudio sistemático, valorando los distintos rasgos y trastornos de los clusters A (paranoide, esquizoide, esquizotípico), B (antisocial, límite, histriónica, narcisista), C (evasiva, dependiente, obsesivo-compulsiva).

Existe trastorno de personalidad cuando se contrasta un patrón desadaptativo en respuestas emocionales, actividades interpersonales, control de impulsos, en definitiva un descontrol que se suma al descontrol de la(s) adicción(es). Los rasgos de inmadurez y ansiedad salpican estos cuadros clínicos.

II. 4.- COMORBILIDAD MÉDICA

Las drogas resultan tóxicas no solo para el sistema nervioso sino para todo el organismo originando incluso graves complicaciones que pueden llegar incluso a comprometer la vida del paciente.

Por supuesto, identificar y conocer los antecedentes de enfermedades pasadas y tratamientos anteriores son de interés. El estudio de la enfermedad actual incluye: constantes vitales, estado nutricional, valoración de las complicaciones orgánicas de las dependencias: hepatopatías, gastritis, esofagitis, diarreas, anemias, neuropatías, o enfermedades infectocontagiosas como SIDA/VIH, flebitis, celulitis, rinitis atrófica, necrosis tabique, ETS, sífilis, gonorrea, infecciones cutáneas, sarna, TBC.

Las pruebas de laboratorio en estos trastornos por uso de sustancias tienen interés clínico, permiten un diagnóstico fiable, ayudan en el seguimiento del programa asistencial y detección de trastornos somáticos asociados, y también interés médico-legal ante situaciones delictivas o en el medio laboral. Los parámetros recomendados^{27,28} son bioquímica general (glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, ácido úrico, CPK, lípidos (colesterol, triglicéridos, HDL-colesterol), amilasa, transaminasas (GOT, GPT, GGT), fosfatasa alcalina y bilirrubina total, VSG, estudio de coagulación, proteinograma, marcadores serología de hepatitis B, C y Delta, serología luética y VIH, prueba de Mantoux o PPD y hemograma completo.

En cuanto a los análisis toxicológicos en fluidos biológicos suelen realizarse en la práctica cotidiana en sangre, o bien en orina y/o en aire espirado, y/o con tiras de reactivos. Más limitada, en ciertas situaciones, se realizan detecciones de drogas en saliva, sudor o cabello. La sensibilidad de los métodos de laboratorio para la detección de fármacos y drogas en sangre es inferior a la registrada en la orina y, además, la concentración de drogas en orina suele ser más elevada que en sangre. Las sustancias que se detectan en sangre se limitan a ácido acetil salicílico, barbitúricos, diazepam y agentes volátiles como el alcohol²⁹. La frecuencia pautaada se determina en función de las características de la dependencia, la evolución del proceso y la disposición del paciente.

Algunos aspectos médicos relacionados con las adicciones: intoxicación aguda y/o crónica contribuyen a determinar la severidad de la drogodependencia. Constituyen elementos claves en la toma de decisiones acerca de la desintoxicación.

II. 5.- Datos PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES

En una primera aproximación conviene contemplar algunas variables de interés, en tanto en cuanto van a matizar tanto repercusiones clínicas como terapéuticas:

- El género se relaciona con actitudes y complicaciones psicosociales distintas que justifican incluso abordajes específicos³⁰.

- La edad se relaciona con patrones de consumos de sustancias específicos y característicos. Aproximarse a los más jóvenes puede precisar enfoques psicoeducativos específicos.

Los apoyos más cercanos provienen del grupo familiar por eso merecen especial atención:

- La composición familiar con la descripción de los miembros que rodean al paciente (pareja, padres, hijos, ... fratria)
- posibles antecedentes de enfermedad mental o abusos de sustancias
- pero también las actitudes y tolerancia hacia las drogas
- el desempeño de los roles familiares
- el respeto a los límites y desempeño de responsabilidades
- la dinámica, constelación y emoción expresada
- los apoyos vs reproches
- abandono de roles y responsabilidades
- ruptura familiar por separación o divorcio
- duelo
- celos
- agresividad, violencia, abusos
- problemas económicos
- actitudes hacia consumo, abstinencia, tolerancia hacia el consumo.

Buscando los mismos criterios se registran elementos de apoyo social tratando de distinguir entre los compañeros de consumo y las amistades que pueden cooperar con el nuevo compromiso con la abstinencia. Paralelamente se estudian actividades habituales de ocio, dedicación del tiempo libre, aficiones o integración social.

En el terreno laboral, el desempeño de algunas actividades añade factores de riesgo para el consumo, bien por el tipo de tarea o por la relación con compañeros y/o clientes. Así mismo se registran aspectos relacionados con rendimientos: bajas

laborales, absentismo, accidentes, merma de rendimientos, problemas de relación con compañeros o superiores, despidos, . . . Y siguiendo con la situación económica del paciente, sus recursos sociales, tipo de vivienda, etc.

La cercanía a su EAP o la consulta del especialista, la accesibilidad a medios de transporte condicionan la planificación tanto de consultas como de controles toxicológicos.

La **existencia** de problemas relacionados con el sistema legal como: accidentes de tráfico, multa, peleas, robos, agresiones sexuales, violencia domestica, homicidio, tutela de hijos . . . repercuten en nuevas demandas asistenciales y se pueden convertir en poderosas razones para modificar hábitos de consumo.

III. – EVALUACIÓN DE LAS ADICCIONES DESDE LA RED SANITARIA

La asistencia desde los distintos dispositivos de la red sanitaria se realiza a través del personal que generalmente se organiza en base a sus equipos.

Equipo multidisciplinar

Al entender la enfermedad como un fenómeno biopsicosocial, el equipo asistencial mantiene este perfil multidisciplinar, cubriendo las distintas áreas con la presencia de: psiquiatra, médico general, psicólogo, enfermera, trabajador social, educador social, terapeuta ocupacional, auxiliar de clínica, celador, auxiliar administrativo y personal de seguridad.

Estos técnicos enfrentados a una tarea compleja precisan un elevado nivel de cualificación y especialización en los campos de la psiquiatría y adicción. Además, a nivel personal, por las exigencias del trabajo en equipo, necesitan una actitud tolerante con habilidades para la comunicación, contribuir a la cohesión del grupo de trabajo, flexibilidad para aplicar las decisiones, firmeza en el convencimiento para aplicar normas, disposición al diálogo y capacidad empática.

Por otra parte el manejo de los trastornos duales exigen una mayor atención a las diferenciales individuales; reafirmación positiva, cumplimiento de reglas, tolerancia a las diferencias individuales; mayor énfasis en el entrenamiento y aprendizaje; menor en confrontación, intervención integral (adicción y patología psiquiátrica), flexibilidad de objetivos.

Los roles de cada profesional quedan establecidos pero además todos los miembros del equipo participan en la aplicación de intervenciones transversales con objetivos comunes a las distintas áreas como: conciencia de enfermedad (o enfermedades), capacidad de autocontrol o motivación para los cambios, prevención de recaídas.

Parece obvio recordar el marco legal y la obligación de los profesionales con el respeto de la confidencialidad pero en la patología derivada de las drogas los límites se difuminan no solamente por el propio interesado.

Estilo de la entrevista

Todas las intervenciones de la evaluación se fundamentan en la entrevista y se aprovecha para fomentar la reflexión, la introspección, la motivación, el *feed-back* ante elementos sanos la realización de comparaciones (ventajas vs inconvenientes, ganancias vs pérdidas, pasado vs presente,...).

A su vez, el estilo conveniente es del tipo motivacional³¹ con una escucha reflexiva y empática, elaboración frecuente de balances decisionales y exploración de las resistencias, promoción de las decisiones hacia el cambio y aumento de la autoestima y autoeficacia, haciendo que el paciente progrese a través de las fases del cambio de Prochaska³².

La historia clínica

Los valiosos datos recogidos a lo largo de todo el proceso terapéutico por los diversos profesionales confeccionan una historia clínica única. Existe una tendencia a la informatización que se deben adaptar a las necesidades de los técnicos facilitando su tarea y no al revés.

III. 1. EVALUACIÓN DE LAS ADICCIONES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Detección de casos

El consumo de sustancias tanto legales como ilegales se ha de evaluar periódicamente desde la adolescencia.

El lugar de detección de los casos es la Atención Primaria donde incluso se puede llegar el diagnóstico diferencial entre el abuso y la dependencia. El interés de este diagnóstico viene marcado por las intervenciones claramente diferenciadas.

Intervenciones

En caso de abuso de una sustancia la intervención requiere una reducción del consumo hacia límites no asociados a complicaciones, ni riesgos.

En cuanto a la dependencia, al menos en su fase inicial o leve, se puede intentar un primer abordaje desde el equipo de atención primaria orientado tanto hacia la desintoxicación como hacia la deshabituación³³.

Papel del MAP

Incluso, cuando la asistencia se realice desde la red especializada, el M.A.P. ocupa un lugar de referencia permanente a lo largo de todo el proceso terapéutico.

Ofrece un apoyo cercano tanto para el paciente y su familia y coordina a todos los especialistas involucrados.

A la vista de la carga asistencial de estos equipos, los pasos a seguir, se benefician de una aplicación informática que simplifique las tareas y la elaboración de protocolos con los algoritmos decisionales³⁴.

La identificación precoz del paciente con consumos excesivos facilitará la prevención y tratamiento de complicaciones orgánicas derivados del consumo de sustancias

III 2. EVALUACION DESDE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

La elección del dispositivo se basa en la necesidad de contención externa (hospital, residencia, comunidad terapéutica, ambulatorio), la especialización (adicción, psiquiatría, dual) y el tiempo planificado para lograr los objetivos terapéuticos.

Para optimizar los dispositivos existentes y mejorar la efectividad de nuestras actuaciones se requiere además de una evaluación exhaustiva de los casos, una evaluación de los recursos y de sus programas de tratamiento.

En adicciones las intervenciones terapéuticas se producen en diversos niveles asistenciales, siendo frecuente la implicación de organismos sociosanitarios e instituciones no sanitarias. Estos niveles de intervención, escalonados según el grado de especialización y de accesibilidad estructuran los circuitos terapéuticos.

- *Primer nivel:* Es la puerta de entrada a la red asistencial. Son los recursos más accesibles y menos exigentes. En este primer nivel se realiza la detección, captación, motivación y derivación a otros recursos especializados, según los protocolos establecidos, así como la atención de las necesidades sociales y sanitarias básicas. También se facilita información y orientación a los familiares, y se desarrollan actuaciones para reducir daños y riesgos relacionados con el consumo de sustancias.

- *Segundo nivel:* Es el eje fundamental de la red asistencial, que abarca los centros de tratamiento ambulatorios (unidades de adicciones, unidades de Salud Mental) y los recursos especializados de carácter general (unidades psiquiátricas, servicios hospitalarios generales, etc.). En este nivel se desarrolla la evaluación diagnóstica, la desintoxicación y deshabituación. Es donde se diseñan y planifican los planes terapéuticos individualizados para conseguir la incorporación social.

- *Tercer nivel:* Está compuesto por recursos específicos con un elevado grado de especialización para el tratamiento (comunidades terapéuticas, unidades de patología dual, unidades de desintoxicación...) y se accede a ellos desde el segundo nivel.

- *Cuarto nivel*: Su función es favorecer la incorporación social. El acceso a los recursos (viviendas de incorporación social, centros ocupacionales, talleres laborales, empresas de inserción...) es por derivación de dispositivos de segundo o tercer nivel.

Como regla general los pacientes deberían ser asistidos en uno u otro dispositivo en función de la tipología del trastorno y de los criterios de atención descritos en el circuito terapéutico. Para ello es preciso definir perfiles clínicos y niveles de complejidad, prestando igual atención al trastorno adictivo y al trastorno psiquiátrico, independientemente del dispositivo en que se encuentre el paciente. Dada la alta prevalencia de concurrencia de ambos trastornos (patología dual), su existencia debe ser esperada y por tanto evaluada.

Se pueden clasificar a estos pacientes siguiendo el *modelo dimensional de Rei*³⁵, estableciendo un doble eje, el de la severidad de la adicción y el de la severidad de la enfermedad mental, si estuviera presente. De esta manera se obtienen 4 grupos de pacientes con sus perfiles asistenciales, similares necesidades de atención, que facilita la derivación y los procedimientos de coordinación.

- *Grupo A*: Adicción de difícil manejo junto a trastorno mental leve. Necesidades asistenciales predominantes relacionadas con los problemas derivados del consumo de sustancias.

- *Grupo B*: Trastorno mental de alto nivel de complejidad (ideación suicida, trastornos psicóticos, etc.) junto a adicción no complicada. Intervención centralizada en dispositivos de segundo y tercer nivel de salud mental.

- *Grupo C*: Trastorno mental de alto nivel de complejidad junto a adicción de difícil manejo. Precisa de recursos de una y otra patología y de prácticamente todos los niveles para su tratamiento, con intervenciones integradas y coordinadas para evitar abandonos.

- *Grupo D*: Abuso de sustancias no complicado junto a trastorno mental leve. Pueden ser suficientes intervenciones en el primer nivel de la atención primaria.

La entrada del paciente en el circuito comienza con el proceso de evaluación, ya descrito desde la perspectiva individual, que vamos a seguir ampliando.

Aunque hay autores que diferencian entre medición (proceso de recogida de la información) y evaluación (interpretación de los resultados), se tiende a considerar "evaluación" a todo el proceso y a incluir los siguientes objetivos:

- Clarificar el diagnóstico siguiendo una entrevista clínica
- Especificar la gravedad de los síntomas y otras dificultades

- Formulación de hipótesis explicativas del problema
- Establecimiento de objetivos terapéuticos
- Selección de las técnicas de tratamiento
- Valoración de los resultados de la aplicación del tratamiento
- Analizar los factores que explican el éxito o fracaso de la intervención

Así el diagnóstico clínico, la definición del tratamiento y la medida de los resultados tras la intervención y a medio y largo plazo van a ser fundamentales para comprobar la efectividad de lo que estamos haciendo y contribuir a una mejora de la calidad asistencial y de los servicios.

A. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

El tipo de información a recoger y el método dependerán del nivel asistencial y de los objetivos de la entrevista.

En un segundo y tercer nivel, con objetivos clínico-diagnósticos, la valoración será más exhaustiva, que la realizada en Atención Primaria y recogerá:

a) Nivel de gravedad de la conducta adictiva. Se refiere a problemas que se han desarrollado en un período de tiempo más o menos grande y que se clasifican en el DSM dentro de la categoría de *trastornos por consumo de sustancias*.

b) Problemas agudos que se presentan durante la intoxicación o la abstinencia, que se recogen en el DSM en la sección de *trastornos inducidos por sustancias*

c) Trastornos psicopatológicos. Trastornos mentales de los ejes I y II distintos al trastorno de abuso o dependencia de sustancias.

d) Estado psicológico del individuo.

e) Evaluación neuropsicológica.

f) Evaluación de los estadios de cambio.

En el DSM⁶ se ofrece un diagnóstico sindrómico descriptivo facilitando la comprensión y el tratamiento de los trastornos mentales. También la CIE⁵ ofrece sus recursos.

CIE-10 e instrumentos asociados de diagnóstico

La Escala de Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (SCAN), la Entrevista Diagnóstica Compuesta Internacional (CIDI), y el Examen Internacional de trastornos de Personalidad (IPDE) son manuales desarrollados tras proyectos conjuntos de la Organización Mundial para la Salud (OMS) y la Administración para la Salud Mental de Alcohol y Drogas (ADAMHA) de Estados Unidos con el propósito de perfeccionar la clasificación y el diagnóstico de los trastornos mentales y de los problemas relacionados con el alcohol y las drogas.

- CIDI. Composite International Diagnostic Interview, quizá la entrevista más ampliamente utilizada en la actualidad, se orientó hacia estudios epidemiológicos sobre los trastornos mentales en grupos de población general en diferentes países, existiendo una versión para abusadores de sustancias. Permite obtener diagnósticos para la investigación y ofrece un buen soporte clínico³⁶.

- SCAN, Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry como instrumento de evaluación clínica en neuropsiquiatría es un agrupamiento de instrumentos para analizar, medir y clasificar la psicopatología y la conducta asociada a las principales alteraciones psiquiátricas en las personas adultas. Exige que el personal sanitario tenga un conocimiento adecuado de psicopatología y haber realizado un curso de entrenamiento³⁷.

- IPDE. El Internacional Personality Disorders Examination (IPDE) (22 es una entrevista clínica semiestructurada para la evaluación de los criterios diagnósticos de los diferentes trastornos de personalidad²². Compatible con los sistemas de clasificación CIE-10 y DSM-IV. Realizado a iniciativa de la OMS y de la ADMHA para lograr un instrumento estandarizado con estabilidad diagnóstica a lo largo del tiempo y estabilidad inter-examinador, con fiabilidad y validez similar a otros instrumentos utilizados en el diagnóstico de los trastornos afectivos, las psicosis, la ansiedad o el uso-abuso de sustancias.

También existen las entrevistas psiquiátricas con módulo de trastornos por uso de sustancias psicotropas:

- SCID. Fue una entrevista clínica estructurada para el DSM III-R (SCID), es una entrevista semiestructurada dirigida a pacientes psiquiátricos de medicina general o población general.

Existe una edición para pacientes psiquiátricos (SCID-P) y otras para personas no identificadas como pacientes (SCID-NP), con once módulos, uno de los cuales, el E, corresponde a los trastornos por uso de sustancias psicoactivas y evalúa en primer lugar el abuso y la dependencia del alcohol, y después el resto de trastornos por uso de sustancias psicoactivas¹⁷.

- EDIC. La Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (EDIC) realizada a requerimiento de la OMS y de la División de Instrumentos de Evaluación Psiquiátrica de la Administración Americana de Salud Mental y Drogodependencias, combina el esquema de Entrevista Diagnóstica con otros referidos para la construcción del PSE, Exploración del Estado Actual. Entrevista estructurada, contiene un módulo especial para las drogodependencias, cubriendo el tabaco, alcohol y otros fármacos de abuso en suficiente detalle que permite la evaluación de la calidad y

severidad de la dependencia y su evolución³⁸.

Y contamos con entrevistas diagnósticas específicas sobre consumo de drogas: - EuropASI, versión europea del Adiction Severity Index, es una entrevista semiestructurada diseñada para obtener información relevante de aspectos de la vida del paciente que pudieran haber contribuido a los procesos de abuso o dependencia de alcohol y otras sustancias¹⁹.

Las áreas exploradas en la entrevista son: la situación médica, empleo y soportes, relaciones familiares y sociales, uso de alcohol y de otras drogas, situación jurídico-legal, estado psiquiátrico.

- SDS. La Escala de Severidad de Adicción (Severity of Dependence Scale), creada por Gossop³⁹ y cols, con versión adaptada al castellano por González-Saiz y Carulla⁴⁰ es una escala breve autoadministrada para medir el grado de dependencia de distintos tipos de sustancias. Evalúa un constructo teórico que hace referencia a los componentes psicológicos de la dependencia, tales como el deterioro del control sobre el consumo de drogas y la preocupación y la ansiedad por consumirla.

En suma, la valoración del problema del paciente debe ser lo más global y estructurada posible (tabla 1), abarcando todos los ámbitos que altera la adicción, para establecer un diagnóstico, analizar las necesidades, y priorizar y negociar los objetivos a conseguir con el tratamiento.

Tabla 1. Intervención durante el proceso de evaluación

1ª consulta	2ª consulta
- Evaluar la demanda - Hª médica, psiquiátrica y toxicológica - Explorar psicobiografía y personalidad - Exploración física y psicopatológica - Explorar funcionamiento social - Pruebas complementarias: hemograma, electrolitos en suero, bioquímica básica, función hepática, calcio, magnesio, niveles de B12 y ácido fólico, serología luética, anticuerpos anti VIH, marcadores de hepatitis A, B, C y Delta, radiografía de tórax, test de embarazo, test cutáneo de tuberculina... y cualquier otras prueba sugerida por los antecedentes o la exploración. - Control toxicológico	- Explorar dependencia - Explorar actitud hacia el consumo y compromiso con la abstinencia - Entrevista con otros informantes - Valoración de analítica - Juicio diagnóstico (médico, psiquiátrico y toxicológico) - Elaboración del plan terapéutico

B. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO

Una vez obtenida y recopilada toda la información se emitirá un diagnóstico y se elaborará el plan de actuación individualizado que será el conjunto de actividades, estrategias, y recursos a utilizar para conseguir los objetivos generales y específicos, a lo largo de las distintas fases de tratamiento (desintoxicación, deshabituación, reinserción). Se incluirán ámbitos de salud, psicológico, social, educativo y de inserción social.

Dichos objetivos deben ir dirigidos a ayudar al paciente a superar la conducta adictiva y las conductas problemáticas, los conflictos y demás déficits que previamente han sido detectados y diagnosticados. Para ello se hace preciso evaluar:

1. 1. Que metas terapéuticas son relevantes para el tratamiento, abarcando no solo el uso de sustancias, sino cualquier problema médico/psiquiátrico, psicológico, social, laboral o legal.
2. 2. Que técnicas de tratamiento se van a seleccionar por su idoneidad para cumplir los objetivos del programa de intervención, (farmacoterapia, psicoterapia).
3. 3. Que profesionales van a intervenir y en qué momento.
4. 4. Que variables distorsionadoras pueden intervenir, contribuyendo al fracaso de la intervención. Es importante evaluar y planificar la neutralización de dichas variables.

Los graves problemas derivados del consumo nos obligan a plantearnos objetivos terapéuticos y modelos de intervención, no sólo encaminados a la abstinencia (programas libres de drogas), sino también a ofrecer una ayuda que se adecue a las distintas realidades de los consumidores (programas de reducción de daños)^{30,41}

Los objetivos e intervenciones de cada fase deben enmarcarse dentro del plan terapéutico individualizado, programándose desde los CAD o las USM (dependiendo de la tipología del paciente), que constituyen el eje central de toda intervención. Ambos deben ser cuantificables para poder ser evaluados periódicamente y redefinidos en su caso, a lo largo del proceso terapéutico^{10,11,12,13,14,15}

Es habitual que en el tratamiento participen distintos dispositivos sanitarios y/o sociales, haciéndose necesaria una adecuada coordinación de los mismos. Se propone en un tratamiento integrado definir un gestor de casos (en el segundo nivel ambulatorio) y establecer una figura de referencia en cada uno de los otros dispositivos implicados con el objetivo de mantener la continuidad asistencial, aumentar la consistencia de las actuaciones y mensajes y hacer que el sistema funcione de

forma eficiente. Así mismo es precisa la coordinación con alojamientos (pisos, residencias) y otros recursos de apoyo a la incorporación social para la detección del consumo de tóxicos, abandonos de medicación, descompensaciones o conductas problemáticas; y con el sistema judicial para que los aspectos legales no limiten la intervención.

El abordaje terapéutico se produce en diferentes contextos: ambulatorio, hospitalario, residencial, dependiendo de distintas variables (médicas, adicción, psicológicas, sociales, legales)

- Fase de desintoxicación

La desintoxicación, cuando resulte necesaria, debe realizarse en el contexto menos restrictivo que resulte seguro y eficaz; va a ser el estado clínico del paciente la principal variable a evaluar para definir dónde efectuarla (medio ambulatorio u hospitalario).

La realización ambulatoria facilita la adherencia en el tratamiento. No obstante se lleva a cabo en el hospital (unidades de desintoxicación específicas, servicios de urgencias, medicina interna, unidades de psiquiatría) cuando se cumplen los siguientes criterios: sobredosis, riesgo de presentar síndromes de abstinencia graves o medicamento complicados (por ej. dependencia múltiple, antecedente de crisis epilépticas, delirium tremens...), embarazo, comorbilidad orgánica severa, comorbilidad psiquiátrica que represente un peligro para sí mismo o los demás (por ej. depresión con ideación suicida, psicosis aguda), fracasos documentados de tratamientos en contextos menos intensivos (ambulatorios, residenciales). También se consideran otras variables en pacientes que no han respondido a intentos previos de tratamiento y cuyo uso de sustancias representa un riesgo progresivo y permanente para su salud física y mental: capacidad de control interno, apoyos, aislamiento del medio habitual, violencia, cumplimiento terapéutico, observación, evaluación,...

- Fase de deshabituación

Los objetivos de esta fase son romper con los hábitos y los estilos de vida relacionados con el consumo de drogas, desarrollar la capacidad para funcionar con eficacia y autonomía, en un estilo de vida normalizado, y evitar las recaídas. Es la etapa de los cambios y se persigue poder realizarlos en su entorno próximo.

Se inicia tras el abordaje de los problemas médico-psiquiátricos, y el contexto en el que se realice va a depender de las necesidades de contención, de los síntomas clínicos predominantes (adicción, psiquiátricos), y del tiempo planificado para conseguir los objetivos terapéuticos. También hay que valorar conciencia de

enfermedad, compromiso con la abstinencia, capacidad para implicarse y participar activamente en el tratamiento, aceptación o resistencia a tratamiento, condiciones sociofamiliares favorecedoras o no de su recuperación, circunstancias legales, etc.

Van a ser candidatos de derivación a comunidades terapéuticas aquellos pacientes con dependencias graves e importante desestructuración psicológica, familiar y/o social que dificulte el tratamiento en su medio habitual y que han fracasado de forma repetida en tratamientos ambulatorios previos. Personas con escasa conciencia de enfermedad, con incumplimiento terapéutico reiterado y riesgo asociado para la salud física y mental, también pueden beneficiarse. En la comunidad terapéutica se proporciona un tratamiento integral (intervenciones psicológicas, médicas y educativas) dirigido al abandono del consumo de sustancias y a la modificación del estilo de vida.

Si existe comorbilidad psiquiátrica, la gravedad de la misma va a orientarnos al tipo de recurso. En la tabla 2, se recoge el plan de intervención en pacientes con patología dual, desde su detección.

Tabla 2. Plan de intervención en PATOLOGÍA DUAL

ACCIONES	ACTUACIONES
1. Detección de casos	a. Coordinación con AP, Sº de Salud mental y Adicciones, Servicios Sociales y sistema educativo para la identificación y rápida derivación a la USM de referencia b. Protocolos de derivación
2.Evaluación y diagnóstico de la persona con adicción	a. Evaluación integral que incluya: 1. Antecedentes y desarrollo 2. Estado físico. Comorbilidad orgánica 3. Síntomas psiquiátricos, inicio y gravedad 4. Historia toxicológica 5. Relación temporal del consumo con los síntomas psiquiátricos 6. Funcionalidad y autonomía 7. Factores de riesgo y protección 8. Evaluación familiar y social b. Exploraciones complementarias: • Psicométricas: • Psicopatología • Adicción y severidad • Motivación para el cambio • Neuropsicología • Biológicas - Analítica - Urinocontroles - Pruebas de imagen c. Diagnóstico y orientación del caso

3. Nivel de intervención a. Ambulatorio - Ámbito de intervención preferente - Referentes en el desarrollo del plan terapéutico b. Hospitalización parcial (Centro/hospital de día) Considerar en caso de: - Intensificación del tratamiento ambulatorio ante una progresión insuficiente (alternativa a la hospitalización completa) - Al alta de la hospitalización completa c. Hospitalización completa (Unidad de agudos de psiquiatría, Unidades de patología dual) Considerar en caso de: - Necesidad de desintoxicación - Descompensación de psicopatología: - Riesgo de auto/heteroagresividad - Conductas disruptivas severas - Síntomas afectivos o psicosis - Disruptiva familiar, déficit grupo de apoyo d. Caso de tratamiento residencial Considerar en caso de: - Evolución y respuesta inadecuada - Gravedad (del TUS, del trastorno psiquiátrico, de la distocia social o familiar)	a. Definir objetivos, intervenciones y nivel de tratamiento (PTI) b. Determinar el gestor del caso • Coordinará la elaboración del PTI • Actuará de interlocutor con la figura responsable en cada dispositivo implicado c. Incluir en las herramientas de intervención: • Abordaje médico de la comorbilidad (si procede) • Abordaje médico del TUS (desintoxicación, deshabituación) • Abordaje médico del trastorno psiquiátrico: tratamiento farmacológico • Intervenciones psicoterapéuticas: entrevista motivacional, terapia cognitivo conductual, resolución de conflictos, psicoeducación, prevención de recaídas, grupos de autoayuda, intervenciones familiares, modificaciones del estilo de vida, estrategias de refuerzo comunitario, estrategias de asertividad • Controles toxicológicos
4. Seguimiento	a. Revisión y evaluación periódica de los objetivos previstos en el PTI b. Reelaboración de objetivos iniciales en función de la evolución del caso • Modificar intensidad de las estrategias • Modificar el ámbito de intervención

- Reinserción social

Es un proceso personalizado y dinámico, que se inserta transversalmente en el recorrido terapéutico con objetivos graduales y adaptados a las fases del cambio, las necesidades y los diferentes ritmos de incorporación social de los pacientes

Su objeto es la normalización social en cualquiera de sus dimensiones: familiar, laboral, formativa, de tiempo libre, comunitaria, participación social, etc... Debe realizarse preferentemente desde las redes normalizadas y recursos generales pero en ocasiones se hace necesario contar con recursos y medidas específicas tales como:

- Los centros de día que vienen a cubrir un espacio intermedio entre los centros de segundo nivel y los residenciales, y persiguen la adaptación normalizada mediante un tratamiento integral de rehabilitación intensivo sin separar al paciente de su medio familiar.

- Los pisos tutelados (de estancia, de reinserción o de desintoxicación) que son de elección para aquellas personas cuyo entorno familiar y/o social dificultan de forma notable un adecuado tratamiento en un dispositivo de segundo nivel.

- Programas de reducción de daños

Dirigidos a aquellas personas que no desean abandonar el consumo o, que no están en condiciones de hacerlo con el objetivo de mejorar estado de salud (reducir morbilidad) y condiciones de vida.

La inclusión en estos programas, que se realizan en un segundo nivel, (tratamiento con agonistas, intercambio de jeringuillas, preservativos y otros útiles higiénicos para el consumo, psicoeducación) dependerá de variables clínicas, sociales y legales.

C. Evaluación de los resultados

Tiene por objetivo valorar los efectos de las distintas intervenciones programadas, estableciendo si se han alcanzado los objetivos esperados, fijados al inicio del proceso de planificación. Para ello se deben establecer indicadores que permitan medir si se están produciendo cambios significativos en el sujeto, familia y/o pareja. Dichos cambios serán medidos y evaluados a través de indicadores conseguidos de DSM, escalas de valoración comportamental; inventarios, test, etc.

La evaluación de resultados incluye:

- La descripción del procedimiento previsto para medir el grado de cumplimiento de los resultados del programa.
- La descripción de cómo se ha realizado en la práctica la evaluación.

- La identificación de las fuentes y los procedimientos a través de las cuales se ha obtenido la información sobre los resultados.
- La descripción de los efectos de la intervención sobre el grupo objetivo (tanto en las conductas relacionadas con el consumo de drogas como sobre determinadas variables mediadoras).
- Los diferentes efectos que la intervención pueda tener entre los integrantes del grupo objetivo, en función de variables como la edad, el sexo, . . .
- La redacción de un informe de resultados donde se detallen las principales conclusiones aportadas por la evaluación, poniéndolas en relación con los resultados de otras evaluaciones.

V. Evaluación institucional, vigilancia y los observatorios

En general las actividades de recogida y análisis de datos y de difusión de la información, tanto de carácter estadístico como epidemiológico, sobre el uso indebido de drogas y las adicciones que permiten ejercer una labor institucional de vigilancia y al mismo tiempo ofrecer información epidemiológica y estadística acerca del fenómeno son llevadas a cabo por organizaciones funcionales conocidas como observatorios.

En España, independientemente de lo articulado por las comunidades autónomas en el ejercicio de sus competencias el órgano encargado es el Observatorio Español sobre la Droga y las Toxicomanías enmarcado en la delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

El Observatorio Español sobre la Droga y las Toxicomanías realiza y coordina, en el territorio español, las actividades de recogida y análisis de datos y de difusión de la información, tanto de carácter estadístico como epidemiológico, sobre el consumo de drogas y las adicciones, definiendo, para ello, indicadores y criterios, sin perjuicio de las competencias que en sus respectivos ámbitos territoriales puedan ejercer las comunidades autónomas sobre la materia, de acuerdo con sus Estatutos de Autonomía.

La función primordial del Observatorio Español sobre Drogas (OED) es ofrecer a la administración y a la sociedad una visión global de la situación, tendencias y características del consumo de sustancias psicoactivas y los problemas asociados en España. Es decir, el Observatorio proporciona información y estadísticas sobre la evolución y características del consumo de drogas psicoactivas (incluyendo alcohol y tabaco) y los problemas asociados en España dirigida a gestores, profesionales

asistenciales y del ámbito académico y a los ciudadanos, empleando diferentes metodologías de recogida de datos y varias fuentes.

Sus objetivos son:

- Disponer de un sistema de información que permita evaluar la situación de los consumos de sustancias psicoactivas y los efectos asociados en un momento determinado, así como su evolución y tendencias futuras.
- Actuar como órgano permanente de recogida y análisis de la información disponible en diferentes fuentes nacionales e internacionales.
- Difundir la información, a través de la publicación de informes periódicos.
- Promover diversas investigaciones y estudios sobre aspectos relevantes relacionados con los consumos de drogas o sus efectos.
- Asesorar a diferentes instancias políticas e institucionales acerca de las prioridades existentes en materia de drogas y las posibles medidas a adoptar.
- Colaboración y coordinación con el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) facilitando la información más amplia y precisa posible y mejorando la comparabilidad de la información disponible con otros Estados de la Unión Europea. El OED actuará como punto focal en España de la Red Europea de Información sobre Drogas y Toxicomanías (REITOX), facilitando toda la información disponible en nuestro país. Asimismo se encargará de la difusión en España de la información relativa al conjunto de los Estados de la Unión Europea que integran el OEDT.

Los sistemas de información empleados en nuestro país a nivel estatal son los siguientes:

1. Encuestas y estudios

Para conocer el consumo, percepciones y opiniones de la población española ante las drogas el OED lleva a cabo de forma sistemática dos encuestas periódicas (ambas incluidas en el Plan Estadístico Nacional):

- La Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) que se realiza en población de 15-64 años residente en hogares familiares.
- La Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) que se realiza en estudiantes de 14-18 años que cursan Enseñanzas Secundarias.

2. Otras encuestas del Observatorio son:

- Encuesta sobre salud y consumo de drogas a los internados en Instituciones Penitenciarias (ESDIP) en 2011.
- Encuesta 2007-2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España 2007-2008.

- Encuesta estatal a personas admitidas a tratamiento por heroína o cocaína, 2003-2004.

Toda esta información además es ampliada y completada por otras encuestas y estudios de ámbito más regional o local llevadas a cabo por las administraciones autonómicas y algunos ayuntamientos.

Con objeto de monitorizar la evolución y las características del consumo problemático de sustancias psicoactivas, especialmente el de aquéllas que producen problemas con más frecuencia y que son difíciles de explorar con otros métodos, el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías monitoriza, desde mediados de los años 80, tres indicadores básicos (incluidos en el Plan Estadístico Nacional):

- Indicador Admisiones a Tratamiento por Consumo de Sustancias Psicoactivas.
- Indicador Urgencias Hospitalarias en Consumidores de Drogas.
- Indicador Mortalidad por Reacción Aguda a Sustancias Psicoactivas.

Además el Observatorio cuenta con información complementaria procedente de otros indicadores.

- Infecciones en consumidores de drogas, 1986-2009.
- Consumo problemático de heroína y cocaína en España.
- Diligencias y denuncias por conducir con tasas de alcoholemia superiores al límite legal, 1997-2008.

Los indicadores 1 a 5 se comunican al Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (EMCDDA).

Otros indicadores acerca de la oferta de drogas y su control que dispone el Observatorio son:

- Ventas de tabaco, 2000-2010 (datos proporcionados por el Comisionado para el Mercado de Tabacos del Ministerio de Economía y Hacienda).
- Número de decomisos y cantidades de drogas decomisadas, 1996-2010 (Datos procedentes del Ministerio del Interior) Precio y pureza de las drogas decomisadas, 2000-2010 (Datos procedentes del Ministerio del Interior).
- Detenciones por tráfico de drogas y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas, 2001-2010 (Datos procedentes del Ministerio del Interior).

A nivel internacional existen organismos también dedicados a la recogida y análisis de datos relacionados tanto con el uso indebido como por el tráfico, así como de la difusión de la información, tanto de carácter estadístico como epidemiológico, sobre el consumo de drogas y las toxicomanías. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) = European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction. (EMCDDA) www.emcdda.europa.eu/

Se creó en 1993 y la sede fue inaugurada en Lisboa en 1995, siendo el Observatorio una de las agencias descentralizadas de la Unión Europea (UE). La misión del EMCDDA es proporcionar a la UE y a sus Estados miembros una visión objetiva del problema de las drogas en Europa y una base sólida sobre la que fundamentar el debate en esta materia. El EMCDDA ofrece a los responsables políticos la información que necesitan para preparar leyes y estrategias bien fundamentadas en materia de drogas y proporciona ayuda a los profesionales e investigadores de este campo a identificar buenas prácticas y nuevas áreas de investigación. Su misión es proporcionar a la UE y a sus Estados miembros una visión objetiva del problema de las drogas en Europa y una base sólida sobre la que fundamentar el debate en esta materia. En el núcleo del trabajo de la agencia está la promoción de la excelencia científica. Para lograr su tarea fundamental de proporcionar información sólida y comparable sobre las drogas en Europa, el EMCDDA ha desarrollado las infraestructuras y recursos necesarios para recopilar datos de cada país de forma armonizada. A continuación, los observatorios nacionales (red Reitox) envían estos datos a la agencia de Lisboa, donde se analizan y sirven de base para la posterior publicación de materiales informativos planteados desde una perspectiva europea más amplia.

Aunque el EMCDDA se centra fundamentalmente en Europa, trabaja también con socios en otras regiones del mundo, con los que intercambia información y experiencias. La colaboración con organizaciones europeas e internacionales del ámbito de las drogas es también fundamental para su trabajo como medio para mejorar la comprensión de este fenómeno global.

- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) www.unodc.org/

UNODC se centra en la lucha contra las drogas ilícitas y la delincuencia internacional. Creada en 1997 a través de una fusión entre el Programa de las Naciones Unidas y el Centro para la Prevención Internacional del Delito, UNODC opera en todas las regiones del mundo a través de una extensa red de oficinas exteriores.

UNODC tiene el mandato de ayudar a los Estados miembros en su lucha contra las drogas ilícitas, la delincuencia y el terrorismo. Su trabajo se basa en tres pilares:

- Proyectos de cooperación técnica basada en el campo para mejorar la capacidad de los Estados miembros a actuar contra las drogas ilícitas, la delincuencia y el terrorismo
- Investigación y análisis para incrementar el conocimiento y la comprensión de las drogas y los problemas de delincuencia y ampliar la base de pruebas para la política y las decisiones operativas

- La labor normativa para ayudar a los Estados en la ratificación y aplicación de los tratados internacionales pertinentes, el desarrollo de la legislación nacional en materia de drogas, la delincuencia y el terrorismo, y la prestación de secretaría y servicios sustantivos a los órganos de los tratados y de gobierno
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Abuso de sustancias psicoactivas www.who.int/substance_abuse/en/

Una de las principales áreas de actuación de la OMS lo constituye el programa de Abuso de Sustancias Psicoactivas. En el marco de este programa se ofrece importante volumen de información acerca de aspectos relacionados con el uso indebido de sustancias psicoactivas, clínica, tratamiento, medidas de reducción de la oferta, etc.

La evaluación de las adicciones resulta un fenómeno complejo que exige al personal una sólida formación tanto en psiquiatría como en drogodependencias. En el diagnóstico se suelen evidenciar comorbilidad(es) psiquiátrica(s) y adictiva(s) que dificultan la elaboración del plan terapéutico que exige una asistencia integral con establecimiento de objetivos prioritarios y una aplicación flexible y revisable.

Las adicciones a sustancias merecen estudios poblacionales y una vigilancia institucional de las prevalencias y cambios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Edwards G et al. *Alcohol y Salud Pública*. Prous Science, Barcelona, 1994.
2. OMS. Global status report on alcohol and health. 2014.
3. Sociedad Española de Patología Dual. Protocolos de intervención. 2014
4. García Usieto E y Mendieta Caviedes S. "Modelo de historia clínica". En: Manual SET de alcoholismo García E, Mendieta S, Cervera G, Fernández JR (coord.). Madrid: Panamericana; 2003, pp. 359-414.
5. OMS. CIE 10—*Trastornos mentales y del comportamiento*—ISBN 84-87548-12-1, Meditor, 1992.
6. American Psychiatry Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. DSM V. Ed. Panamericana, 2013.
7. Prochaska JO, Di Clemente C. Towards a comprehensive model of change. En: treating addictive behaviors: Process of change. Miller WR, Heather N Ed New York: Plenum Press; 1986.
8. Pernía MC et al. Riesgo de suicidio en pacientes con trastornos adictivos. Congreso iberoamericano de Trastornos Adictivos. Santiago de Compostela, 2004.
9. Szerman N. Paciente dual complicado. En: *Manejo Clínico del paciente con patología dual. Recomendaciones de expertos*. Socidrogalcohol. 2009.
10. Drake RE, Mueser KT and Brunette MF. Management of persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: program implications. *World Psychiatry* 2007; 6:131-136.

11. Pérez de los Cobos J, Casas M. Toxicomanías y trastornos psíquicos concomitantes: el consumo de drogas en la esquizofrenia. En: Cervera S, Martínez Villa E. Nuevas perspectivas en Psiquiatría Biológica. Pamplona: Eurograf, 1995:667-93.
12. Torrens M. Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 2008. Vol 20 nº4. 315-320.
13. Usieto E G^a, Pernía MC y Pascual C. Intervención integral de los trastornos psicóticos con trastorno por uso comórbido de sustancias desde una unidad de patología dual.
14. Pereiro Gómez C (Editor). *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación*. Sociodrogalcohol. 2004.
15. Solomon J, Zimberg S, Shollar E. *Diagnóstico dual*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, 1996.
16. Jonson BA, Ruiz P y Galanter M. *Handbook of Clinical Alcoholism Treatment*. Lipincott Williams Ed. Mariland, 2003.
17. Spitze, RL, Williams JBM, Gibbon M, First, MB. Entrevista *Clínica Estructurada por el DSM III-R, SCID*. Edika- Med, SL Barcelona, 1990.
18. Markez I, Salazar I, Póo M. Evaluación diagnóstica de la dependencia. Criterios diagnósticos vs instrumentos. En Iraurgi I y González Saiz F (Edit.). *Instrumentos de evaluación en drogodependencias*. Aula Médica Ediciones, 2002.
19. Kokkevi A, Hartgers C. EuropASI: European Adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *Eur Addict Res*, 1995; 1: 208-210.
20. Markez I, Salazar I, Póo M. Evaluación diagnóstica de la dependencia. Criterios diagnósticos vs instrumentos. En Iraurgi I y González Saiz F (Edit.). *Instrumentos de evaluación en drogodependencias*. Aula Médica Ediciones, 2002.
21. González-Saiz F, Iraurgi I, Martínez-Delgado JM. Instrumentos para la evaluación del abuso y dependencia de sustancias. En J Pérez de los Cobos et al *Tratado SET de Trastornos Adictivos*. Ed. Médica Panamericana, 2006.
22. Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A et al. The International Personality Disorder Examination. *Arch Gen Psychiatry*, 1994; 51: 215-224.
23. OMS, Organización Mundial de la Salud (1992). *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*. Edición española (1993) bajo responsabilidad de J.L. Vázquez Barquero por Ed. Meditor. Madrid.
24. San Molina L. *Consenso en patología dual*. Barcelona, Psiquiatría. Ars Médica (ed), 2004.
25. Szerman N, Haro G, Martínez Raga J y Casas M. En: Manual de Trastornos Adictivos. *Patología Dual*. Pp 111-118. Enfoque Editorial SC. 2011.
26. De León G. Psychopathology and substance abuse: what is being learned from research in therapeutic communities. *J Psychoactive Drugs* 1989; 21: 177-188.
27. SEP Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras drogodependencias, 2000.
28. De la Torre Fornell R, Pichini S. Evaluación biológica del consumo de sustancias. En: Pérez de los Cobos JC, Valderrama JC, Cervera GT, Rubio G (Dir.). *Tratado SET de trastornos adictivos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2006.

29. Sáiz Martínez PA, G-Portilla MP, Bobes J. Pruebas complementarias de laboratorio. En J Bobes, M Casas, M Gutiérrez. *Manual de evaluación y tratamiento de las Drogodependencias*. 2003.
30. American Psychiatry Association: *Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos*. Compendio 2008. Ars Médica.
31. Rollnick S y Miller W. La entrevista motivacional. Ed Paidos. 1991.
32. Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente C. *Changing for good. The revolutionary program that explains the six stages of change and teaches you how to free yourself from bad habits*. New York: William Morrow and Company, 1994.
33. Fernández MI, Gual A, Cabezas C. Drogodependencias. En: Martín Zurro AM, Pérez Cano JF. *Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica*. 4º Edición, Ed. Harcourt. Brace, 1999.
34. García Usieto E, Piney Palacio E, Vayas Abascal R, Toribio González MC, Robledo González F, Rivas Veiga A. Protocolo para el abordaje y derivación de los pacientes con problemas relacionados con el alcohol en el área de salud del Hospital Sierrallana. *Trastornos Adictivos* Vol. 12, nº 1: 2010.
35. Elvira Peña L y cols. Protocolo de coordinación y atención a la patología dual. Junta de Extremadura. Depósito legal BA-595-2007. 2007.
36. Vázquez-Barquero JL. Versión computarizada del CIDI. CIDI-SCAN-IPDE. *Newsletter* 1994; 3: 5-6.
37. Wing JK et al. SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Arch. Gen Psychiatry* 1990; 47: 589-593.
38. Robins L et al. The Composite International Diagnostic Interview. *Arch Gen. Psychiatry*, 1989; 45: 1069-1077.
39. Gossop y cols. The severity of dependence scale (SDS): psychometric properties of the SDS in english and australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction* May; 90(5):607-14. (1995).
40. González-Saiz F y Salvador-Carulla L. Estudio de fiabilidad y validez de la versión española de la escala severity of dependence scale (SDS). *Adicciones*, 10,3, 223-232. 1998.
41. American Psychiatry Association: *Directrices para la práctica clínica en el tratamiento de pacientes con trastornos por consumo de sustancias*. Barcelona, Edika Med, 1997.

Sección 3.

Terapias e Investigación.

Los consumos de sustancias con potencial adictivo es un problema de salud pública que puede generar graves consecuencias a nivel individual, familiar y social. Entre éstas destacan la dependencia a sustancias, los accidentes, lesiones y enfermedades graves, orgánicas y psíquicas, trastornos del estado de ánimo y ansiedad, psicosis tóxicas, entre muchas otras, que generan discapacidades y anómalos comportamientos. La consolidación de su sistema de tratamiento debe de asegurar que se imparte el mejor tratamiento disponible para el problema que debe atenderse, considerando su adecuación a las condiciones socioculturales del sistema de salud y de la población que hace uso de él.

Los ensayos clínicos aleatorizados suelen aplicarse a poblaciones que se adhieren a tratamiento usualmente con condiciones socioculturales que les facilitan completarlo como tener recursos, un familiar que acompaña al usuario en el proceso, escolaridad elevada. La población que utiliza los servicios tiene por lo general más carencias, por ello es muy importante probar los modelos en condiciones reales, analizando las barreras estructurales, de los servicios y de los individuos a fin de probar modelos que permitan enfrentar y superar estos obstáculos.

- Hay un abanico de técnicas provenientes de prácticamente todos los modelos psicológicos sin excepción, llegando a configurar tratamientos eminentemente eclécticos e integradores. Teniendo en cuenta los diferentes modelos, los equipos interdisciplinarios, la evidencia científica, la experiencia directa y la experiencia en la organización, gestión y coordinación de centros para drogodependientes, quedan expuestos algunos puntos comunes e importantes a la hora del tratamiento, pues-

to que, uno de los de los desafíos más destacables de estas últimas décadas ha sido encajar estos saberes en surcos comunes.

- Fernando Pérez del Río e Iñaki Markez exponen en ***El proceso terapéutico. Tratamiento, terapias, fármacos y otras cuestiones en las adicciones*** una serie de principios estratégicos y una suerte de elementos que funcionan adecuadamente con personas que padecen dependencias.

Este capítulo da respuesta a un problema que se suele dar en casi todas las instituciones, ¿Qué ocurre cuando la formación de los diferentes psicólogos es muy diferente? Capítulo aparentemente obvio da respuesta a este problema histórico de no pocos centros, y que muchos otros siguen sin resolver. Una propuesta donde lo diferente puede caber, donde se puede fomentar la creatividad frente al corsé de los modelos psicoterapéuticos que se venden como únicos.

Los ejes fundamentales de esta propuesta son: a) entender la función del síntoma, entender que el problema es funcional; b) el tratamiento debe ser por objetivos; c) se deben aplicar en los grupos de trabajo metamodelos o modelos comunicacionales; d) el grupo de terapia; e) la familia o las figuras de apego; f) y lo comunitario. Con finalidad de prevención, rehabilitación y reinserción de aquellas personas con problemas de adicción así como la atención a sus familiares y entornos próximos. Los autores han tenido la perspicacia de plantear un sistema donde todos ganemos y donde podamos caber todos, y eso es de agradecer.

-En el texto de Pedro Cuadrado acerca de ***La sed y la renuncia. Bases para una psicoterapia del alcoholismo*** se propone una psicoterapia del alcoholismo con el foco en la conducta de bebida y una narrativa que gira en torno a la falta de control sobre el consumo, y que debe estar al servicio de la renuncia. Se trata de un capítulo a modo de resumen de muchos años de experiencia, tras aplicar muchos modelos, ajustando las técnicas hasta atesorar un corpus teórico. Un proceso terapéutico en dos fases: adquisición de la abstinencia y mantenimiento de la abstinencia. La primera fase se centra en el establecimiento de una alianza terapéutica que debe estar al servicio del control externo y de la motivación para el cambio, y en el manejo del cese del consumo. El foco de la segunda fase va a ser la prevención de recaída, con una narrativa que debe estar al servicio del control, e intervenciones centradas en el manejo del impulso de bebida, las situaciones de riesgo y la recaída, si ésta se produce. Tras esto es necesario manejar las situaciones de riesgo y esto conlleva que reconozcamos que estamos frente a un modelo integrador de cambio.

La Psicoterapia de base psicodinámica, el Modelo Integrador de Cambio, la Prevención de Recaídas, la Psicoterapia de la Renuncia son abordadas así como el ma-

nejo de las situaciones de riesgo, de la sed y de la recaída. Otro elemento esencial es la narrativa sobre la dependencia alcohólica.

-Uno de los mayores escándalos existentes en el mundo económico-político es el comportamiento de la industria farmacéutica, aprobado por las autoridades públicas, que protegen su monopolio a través de la asignación de las patentes. El argumento a favor de este privilegio es que la industria ha invertido enormes cantidades de dinero en la investigación de los productos farmacéuticos, investigación que necesita ser pagada y retribuida, permitiéndole definir un elevado precio del fármaco, y teniendo la exclusividad en la venta del producto, prohibiendo la aparición en el mercado de otros productos idénticos que hicieran la competencia.

No obstante, la mayor parte de la investigación que se realiza y conduce a la producción del fármaco no ha sido financiada por la industria farmacéutica sino por centros de investigación financiados públicamente, investigación básica financiada en ámbitos universitarios. La industria farmacéutica utiliza esa información y la aplica en la producción del fármaco. De este modo la mayor parte de los costes de producción no son sostenidos por la industria farmacéutica, sino por el erario público. El Estado se ahorraría mucho dinero si produjera él mismo los productos farmacéuticos, en lugar de tener que comprarlos a la industria farmacéutica. Además, muchas empresas farmacéuticas cargan como gastos de investigación los costes de marketing. O usan mecanismos para prolongar la patente, o declaran como productos nuevos otros que solo tienen ligeras variaciones sobre el producto anterior. Finalmente, con la aparición de los genéricos han bajado los precios y los costes.

- Luis F. Callado en el texto sobre ***Reflexiones sobre los hallazgos en investigación farmacológica de aplicación en las Adicciones*** nos pone al día en relación al tema de las vacunas frente a la adicción de algunas sustancias, aunque la industria farmacológica parece no estar demasiado interesada en invertir dinero para investigar más este asunto. Los resultados de las vacunas de la nicotina y la cocaína no han sido demasiado alentadores, han sido muy modestos y hay serias dudas de que deban ser administradas a todo el colectivo, e incluso se debe tener en cuenta que los tratamientos psicológicos están ofreciendo buenos resultados.

El autor sostiene algunas indicaciones para que una vacuna de este tipo fuera realmente atractiva, que sirviera para todas las adicciones, puesto que ya sabemos que la mayoría de los usuarios son politoxicómanos. Esa vacuna debería ser duradera puesto que los pacientes suelen recaer pasado largo tiempo; finalmente el texto aborda el futuro de la farmacogenética en las adicciones.

- El objetivo del capítulo sobre ***Contextos de vulnerabilidad y actuaciones con personas en riesgo de exclusión social*** de Nabil Sayed Ahmad Beiruti ha sido reflexionar para situarnos con algunos conceptos y contextos. Describir, sucintamente, los contextos de vulnerabilidad y el riesgo de exclusión social, particularmente en la experiencia migratoria y personas sin hogar; los posibles efectos nocivos en la salud mental de las personas que se encuentran, de manera intensa y continua, en estas situaciones; también las actuaciones que se podrían llevar a cabo en estas circunstancias. Se trata de encontrar una mayor equidad en los pacientes, algo deseable para el conjunto de la sociedad.

No solo existe una vulnerabilidad orgánica y psicológica, también podemos hablar extensamente de una vulnerabilidad sociocultural no menos importante. Después de exponer las definiciones de rigor y acotar el tema de la vulnerabilidad, reflexiona sobre el tema desde diferentes ángulos y nos ofrece un texto donde se aborda el difícil tema de la identidad del sujeto y cómo trabajarla, algo infrecuente en esta época repleta de estudios estadísticos incapaces de abordar temas globales como la voluntad o la propia “identidad”.

El tratamiento de las adicciones no se debe acotar a lo biológico o a lo intrapsíquico, debemos favorecer la socialización del paciente, la integración, la adaptación, la capacidad de afrontamiento, y es de destacar que también hay que trabajar el duelo por el futuro, algo menos abordado en los ámbitos académicos y muy frecuente en la práctica diaria con pacientes. Frente a visiones unilaterales debemos trabajar lo psicológico pero también lo social.

- Sabemos que cuando un paciente es tratado por varias instituciones al mismo tiempo, su pronóstico será mejor si esas instituciones están en contacto entre sí. El autor, José Ramón Ubieto, un psicoanalista, nos brinda ***Trabajo en red y adicciones. Una práctica colaborativa para regenerar el vínculo profesional***, un tema social, en principio alejado de lo intrapsíquico, y posiblemente esa mezcla merece nuestra especial atención.

Realiza un breve recorrido por nuestra sociedad, individualista —no podía ser de otra forma— una época donde el paciente desconfía del profesional, e incluso teme que dicho profesional sea un elemento de control más, una cultura donde el exceso de burocracia es una indiscutible losa para los pacientes y las instituciones. Una sociedad en la que las adicciones están generalizadas como vía de escape hacia la felicidad y donde triunfa la cultura enjoy. Y es en esta sociedad donde la red de atención necesita que cada uno encuentre su beneficio, cada uno trate su área, sanitaria, educativa, y acote su actuación y sostenga su acto.

Los sectores más directamente afectados en esta necesidad de trabajar en red son el tercer sector y el ámbito público. En una época de crisis ya no se trata de crear más recursos sino de entendernos y trabajar juntos. No se trata de dividir y crear fronteras y parcelas entre sanitarios sino de unir, sumar...

Es urgente implementar programas de tratamiento dirigidos a las necesidades de las diferentes poblaciones, de contemplar intervenciones específicas de acuerdo con cada tipo de droga, considerando en qué casos los tratamientos han de orientarse al cese del consumo y en cuáles al consumo moderado. Asimismo, es urgente estructurar tratamientos preventivos como farmacológicos e integrales, y aquéllos orientados a la reducción del daño, todo ello adecuado a la magnitud de la demanda.

3.1.- El proceso terapéutico. Tratamiento, terapias, fármacos y otras cuestiones en las adicciones.

Fernando Pérez del Río, Iñaki Markez.

Introducción:

Son muchas las personas consumidoras de sustancias psicoactivas que alcanzan una dependencia y en algún momento se plantean dejar el hábito a tales sustancias. Para ello, es posible contar con todo un arsenal que actúe sobre los sistemas de neurotransmisión o sobre las disfunciones del cortex prefrontal según los sistemas biológicos. También para síntomas conductuales y emocionales hay ofertas farmacológicas. Las llamadas terapias farmacológicas han hegemonizado los tratamientos de las adicciones y los fármacos antidepresivos, ansiolíticos, anti-epilépticos, psicoestimulantes, agonistas varios, potenciadores cognitivos, etc., han focalizado su acción sobre los complejos y multifactoriales cuadros adictivos.

La combinación de contrastadas terapias psicológicas con los fármacos —aunque estos tuvieran un papel preponderante— viene de lejos. En psicoterapia hemos aplicado técnicas de grupo, familiares, cognitivo-conductuales, hemos utilizado el modelo psicodinámico, etc., todo ello con objeto de recuperar el adecuado funcionamiento en las actividades de la vida cotidiana.

Seguimos oyendo, en el discurso hegemónico cerebrocentrista, que las adicciones son “trastornos de curso crónico y recidivante”, lo que siguiendo modelos biomédicos es igual a decir que carece de remisión. Pero en la práctica vemos que la gran mayoría de las personas logran mejoras significativas, y muchas otras logran la abstinencia y abandono definitivo de las sustancias, vemos que desaparece la conducta adictiva pero también remiten algunas alteraciones cerebrales, se normalizan sus vínculos sociales y sus actividades diarias. Y unas personas lo alcanzan con sus propios recursos y otras precisan tratamiento especializado, generalmente porque estas últimas presentan algunos criterios de gravedad de la dependencia, más trastornos psicopatológicos concurrentes y peores condiciones sociales y medioambientales (1).

No cabe juzgar que definir una conducta patológica nunca ha sido tarea fácil, muchos de los trastornos descritos tienen límites difusos, y en cuanto a la conducta adictiva, sabemos que “no se rige por la ley del todo o nada” (2). Los síntomas cambian de envoltura, es decir, las adicciones cambian de máscara, y no las podemos afrontar con los mismos parámetros y modelos empleados en los años 80 y 90, cuando se produjo la epidemia de heroína. En el pasado, la persona dependiente que había tocado fondo bajo la argolla de las sustancias demandaba tratamiento “*in extremis*”.

Hay que recordar que pese a los matices, todas “las adicciones”, sean del tipo que sean, ayudan a no pensar en lo incómodo, en lo desagradable, en lo que hace sentir mal, y el límite de las conductas compulsivas lo termina estableciendo el cuerpo bajo la forma de depresión, soledad o angustia. La paradoja de ser más libres y más dependientes al mismo tiempo; un problema donde es frecuente que existan menos referentes simbólicos en el discurso familiar que fácilmente van a ser sustituidos por lo que ofrece la sustancia. Un síntoma que termina dividiendo a la persona y generando un *impasse* en la vida de la persona (3).

Ejes fundamentales del proceso terapéutico

Durante estas décadas las técnicas han evolucionado considerablemente pero el fin sigue siendo el mismo, “la persona,” puesto que desde una concepción positiva humanista postulamos que puede cambiar. Bien conocido es también que hemos incorporando un abanico de técnicas provenientes de prácticamente todos los modelos psicológicos sin excepción, llegando a configurar tratamientos eminentemente eclécticos e integradores.

Teniendo en cuenta los diferentes modelos, los equipos interdisciplinarios, la evidencia científica, la experiencia directa y la experiencia en la organización, gestión y coordinación de centros para drogodependientes, exponemos a continuación algunos puntos comunes que consideramos importantes a la hora del tratamiento, puesto que, uno de los de los desafíos más destacables de estas últimas décadas ha sido encajar estos saberes en surcos comunes.

En los siguientes apartados expondremos una serie de principios estratégicos y una suerte de elementos que consideramos funcionan adecuadamente con personas que padecen dependencias. En general estamos ante programas bio-psico-sociales, terapéutico-educativos, integrales y comunitarios, que tienen como finalidad la prevención, rehabilitación y reinserción de personas con problemas de adicción así como la atención a sus familiares.

Con ánimo de sintetizar consideramos fundamentales seis puntos que son los hilos conductores del tratamiento.

Los seis ejes fundamentales en el tratamiento de las adicciones

- a) Entender la función del síntoma.
 - b) Tratamiento por objetivos.
 - c) Los metamodelos o modelos comunicacionales.
 - d) Trabajo en grupo.
 - e) La familia o figuras de apego.
 - f) Lo comunitario.
-

Pérez del Río, Markez (2014).

A) ENTENDER LA FUNCIÓN DEL SÍNTOMA.

Apuntar antes de nada, que entendemos estas “adicciones” desde la función que ocupa el síntoma, es decir, vemos el síntoma como algo *funcional y relacional*, y en el caso de los adolescentes que tratamos, damos mayor importancia a la emancipación, a la autonomía y al ciclo evolutivo (4).

Haciendo una simplificación que no pretende ser abarcativa de la teoría psicodinámica en su totalidad, podríamos decir que una primera propuesta sería ayudar a ver al sujeto el sentido de su problema, su función, ¿sabemos que está sujeto a una sustancia pero por qué le ocurre eso?, de qué manera las identificaciones que han participado a lo largo de su biografía y en la estructuración de la personalidad han dado lugar a que la droga “encaje” y sea un problema. Frente a otras perspectivas en las que el origen de la adicción es el consumo de sustancias, y la droga, es concebida como la causa de mal, se trata de intentar explorar los motivos psicológicos, subjetivos, que han empujado a la persona al consumo abusivo de sustancias, de manera que se pueda modificar la dinámica psíquica subyacente.

Es cierto que también podemos encontrar el caso de una persona que tras consumir un medicamento, termine dependiendo de él, e incluso desarrolle un cuadro de abstinencia, en este caso entendemos que no tiene que haber un problema intrapsíquico, pero cuando alguien evoluciona hacia una drogodependencia es porque ha buscado allí un refugio, una válvula de escape, lo cual implica dirección e intencionalidad, y estos motivos son los que debe subjetivizar al paciente.

Ofrecemos a continuación una breve explicación de qué se entiende por la función del síntoma “Síntoma m. MED. Signo que remite a una realidad alterada en la normalidad, y que es índice de un estado patológico o de una enfermedad o

trastorno” (5). “En la lingüística actual, ‘síntoma’ se utiliza a veces como sinónimo de una de las funciones del lenguaje que Bühler, en 1918, denominó *Kundgabe* o función ‘expresiva’, esto es, la que permite al hablante expresar su estado psíquico” (6).

En 1926 Freud (7), anotó que el síntoma es creado para evitar el desarrollo de la angustia. “El síntoma es un intento defensivo de solución que mantiene la angustia dentro de unos límites internos. Naturalmente, como todos sabemos, ni la inhibición ni el síntoma son creaciones subjetivas lo suficientemente buenas para mantenernos al margen de la angustia” (7).

Del síntoma del paciente podemos realizar una “hipótesis del problema”.

Pongamos el siguiente ejemplo: una mujer bebe alcohol desde hace muchos años pero de forma problemática y abusiva desde hace cinco, y justo hace cinco años su marido falleció. En este caso podemos plantear una hipótesis de trabajo inicial que consiste en tratar un duelo no elaborado, y así poder tener un esquema adecuado de actuación a la hora de plantear el caso y originar un cambio.

Otra forma de explicar la hipótesis sería diciendo que, de todas las posibles explicaciones que tenemos sobre el problema de la persona, hemos de comenzar modificando la que consideramos más importante. La hipótesis nos guía en el tema esencial de la terapia, ya que lo importante es saber por qué razón la persona hace lo que hace, y posiblemente la misma pauta de relación que los pacientes tienen con el objeto (sustancia-droga) la tengan en sus relaciones personales. De hecho, es aconsejable que el tratamiento vaya enfocado también hacia esa pauta relacional. “Una hipótesis es la mejor corazonada o suposición tentativa acerca de por qué se produce un síntoma y cómo sirve para equilibrar un sistema familiar. Aquí la palabra hipótesis está usada en el sentido científico del vocablo: se formula una suposición temporaria y después los datos obtenidos por el investigador confirman o refutan la hipótesis. Cuando los datos no confirman la una hipótesis de caso, se rechaza la hipótesis inicial y se formula una nueva” (8).

En buena lógica no es de extrañar, pues, que desde hace muchos años nos venamos encontrando personas que, trabajando en centros de drogodependencias, afirmaran lo siguiente: “se considera la droga como un síntoma” (9).

Consideramos que desconectar el fenómeno adictivo de la estructura subjetiva, los acontecimientos que han vivido a lo largo de su existencia, su contexto familiar, social, laboral, económico, etc., es fomentar una visión parcial del sujeto —reduciéndolo a un conjunto de neurotransmisores que determinarían todas sus conductas— que además no favorece que la persona se responsabilice por sus prácticas

adictivas sino más bien una actitud pasiva en el sentido de “el especialista curará mi cerebro alterado”.

Un tratamiento éste, que podemos abordar desde diferentes estilos y modelos, pero en la actualidad sigue siendo fundamental el encuentro del usuario con la terapia, su vivencia, donde dicha terapia viene a ser un lugar donde reencontrarse con uno mismo y con los demás.

El tiempo, el grado de dependencia de la sustancia y la ausencia de motivación son factores que juegan en contra de la evolución de la terapia, a diferencia de los tratamientos habituales con pacientes no adictos. Se hace imprescindible que los adictos perciban y comprendan la relación que hay entre sus dificultades actuales en la vida diaria y el consumo de alcohol o drogas.

B) TRATAMIENTO POR OBJETIVOS

Tras entender la función del síntoma y haber realizado nuestra hipótesis. El siguiente paso esencial es establecer unos objetivos acordados por el paciente y el terapeuta, a medida que el paciente resuelve algunas dificultades irá encontrando otras nuevas e irá poniendo nuevos objetivos y así se establece la línea que se irá desarrollando a lo largo de todo el proceso, y este es el nexo fundamental de todo el proceso, y en este punto, nuevamente pueden encajar todos los modelos.

Por tanto se sigue un tratamiento por objetivos junto con sus medios que son la manera objetiva de conseguirlos. Por ejemplo, si tuviera un problema con el abuso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), los padres casi con toda seguridad demandan que su hijo “ciber-enredado” salga de la habitación, pero es conveniente que antes de conseguir esto se intente que la relación mejore, puesto que en estos casos la relación familiar suele estar muy deteriorada y suele ser, un primer objetivo, sanar esas relaciones. Así, una forma de comenzar a trabajar puede ser aprender a pedir y preguntar, saber apoyar, cómo manejar los límites, etcétera. En definitiva son pequeños objetivos consecutivos acordados en común que tienen un carácter motivador puesto que son planteados a modo de retos óptimos frente a los variados obstáculos del proceso, y que asimismo ofrecen *feedback* de competencia y de esta guisa, se va llegando poco a poco a la meta deseada.

Desde los primeros pasos se trabaja qué pueden hacer los padres para que su hijo se responsabilice de sus actos, y así sucesivamente hasta conseguir el objetivo. Se trata, en definitiva, de hacer a los padres partícipes del proceso, sin llegar por supuesto a adjudicarles el puesto ideal de co-terapeutas.

A esta línea conductora debemos de añadir que los objetivos deben seguir una

determinada estrategia, que no es otra que ir a lo fundamental, lo cual significa acercarse al problema principal de la persona; a este fin sirve de gran ayuda haber construido lo que antes denominamos como “hipótesis del problema”, o dicho de otra forma, los objetivos deben ayudar a encontrar y modificar la función del síntoma, lograr el cambio, y modificar la pauta disfuncional en la familia.

Hay algunos modelos que por su metodología encajan especialmente bien, en este apartado relacionado con los objetivos, por ser modelos altamente estructurados metodológicamente.

a) Programas de Manejo de Contingencias (MC)

A través de la búsqueda de refuerzos que compitan con la gratificación ofrecida por la conducta problemática. Se enmarcan en tratamientos psicológicos basados en la Terapia de Conducta, fundamentados en las leyes del aprendizaje derivadas del condicionamiento operante.

La evidencia científica ya ha demostrado el importante papel del reforzamiento (10) tanto en la génesis como en el mantenimiento de los consumos y en la recuperación de las conductas adictivas. Los programas de manejo de contingencias se apoyan en reforzadores de la abstinencia en ocasiones incompatibles con el consumo.

Condiciones para una aplicación

- Que el paciente conozca qué conductas serán reforzadas, cómo, cuándo y dónde, así como las reglas de su aplicación.
- Acompañamiento del terapeuta durante el proceso.
- Objetivos ajustados que compiten con el consumo y favorecen la abstinencia.
- Continuidad temporal de la conducta diaria y su mantenimiento tras finalizar el programa.

Pérez del Río, Markez (2014).

Los tratamientos con procedimientos de manejo de contingencias han demostrado buenos resultados frente a las dependencias de distintas sustancias. Por ejemplo el reembolso parcial del coste del tratamiento si no fuman o no beben. El uso del reforzamiento para la reducción del consumo ha demostrado su éxito (12).

Finalmente señalar que el MC es un recurso útil para pacientes con alteraciones en las funciones ejecutivas y problemas en el control su propia conducta y propicia la recuperación de funciones neuropsicológicas (13). Llega a ser un abordaje de primera elección frente a la adicción a diferentes sustancias ofreciendo el aumento

de tasas de retención en el tratamiento y en la abstinencia. Pero lo realmente importante de estas técnicas es que ayuden a obtener los objetivos deseados por el paciente puesto que, el proceso debe ser coherente con lo que quiere y necesita el usuario y debe tener sentido para él mismo.

b) Estrategia cognitivo conductual

- La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es la integración de elementos de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva. Desarrolla estrategias para mejorar el control de la persona, ayuda a anticiparse a los posibles problemas y a desarrollar medidas de afrontamiento.

- La Terapia de Prevención de Recaídas (TPR) en lo que se refiere a drogodependencias, los programas de prevención de recaídas son los más utilizados dentro del modelo cognitivo conductual (14).

Modelo desarrollado en origen por Marlatt y Gordon (15) y posteriormente actualizado por Witkiewitz y Marlatt (16), relacionado con la capacidad para resistir “el *craving*, las tentaciones” en el consumo o situaciones amenazadoras, un programa de autocontrol para evitar en un primer momento y posteriormente afrontar la recaída con diferentes procedimientos como: el entrenamiento en distintas habilidades de afrontamiento, el reequilibrio en el estilo de vida, entender la recaída como parte de un proceso y analizar qué paso antes durante y después de los consumos, saber parar y pedir ayuda, etc.

El entrenamiento incluye

- Entender la recaída como parte de un proceso
 - Desarrollar procedimientos de control de daños
 - Afrontar impulsos y deseos de consumo
 - Identificar y afrontar las situaciones de riesgo
 - Retomar el tratamiento tras la recaída
 - Avanzar en estilos de vida adecuados.
-

Marlatt y Donovan (17)

Todo ello con la implicación del paciente, asumiendo sus responsabilidades en el cambio y haciendo hincapié en la autogestión, en una estrategia de mantenimiento para prevenir recaídas o para cambiar estilos de vida.

c) Abordaje psicodinámico

Haciendo una simplificación que no pretende ser abarcativa de la teoría psico-

dinámica en su totalidad, podríamos decir que desde el psicoanálisis una de las propuestas sería ayudar a ver al sujeto que está “sujetado” a la droga de qué manera las identificaciones que han participado a lo largo de su biografía en la estructuración de la personalidad, han dado lugar a que la droga “encaje”. Es decir, frente a otras perspectivas en las que el origen de la adicción es el consumo de sustancias y la droga es concebida como la causa de mal, se trata de intentar explorar los motivos psicológicos que han empujado a la persona al consumo de sustancias, de manera que se pueda modificar la dinámica psíquica subyacente.

Se considera que desconectar el fenómeno adictivo de la estructura subjetiva, los acontecimientos que han vivido a lo largo de su existencia, su contexto familiar, social, laboral, económico, etc. es fomentar una visión parcial del sujeto -reduciéndolo a un conjunto de neurotransmisores que determinarían todas sus conductas- que además no favorece la persona se responsabilice por sus prácticas adictivas sino más bien una actitud pasiva en el sentido de “el especialista curará mi cerebro alterado”.

C) LOS METAMODELOS O MODELOS COMUNICACIONALES

Uno de los desafíos para los responsables de formación de los centros ha sido cómo encajar las diferentes formaciones y especialidades; nadie cuestiona que sean equipos multiprofesionales los más adecuados para tratar estos problemas, buen ejemplo de esta disparidad pueden ser las diferentes formaciones en psico-terapia de los psicólogos. No se trata de estériles luchas entre modelos, no se trata de hacer un bunker de cada despacho —faltaría más— se trata única y exclusivamente de ayudar de mejor manera a los usuarios, por lo cual se hace necesario en un primer momento, entendernos entre los propios profesionales, algunos centros optaron por impartir en sus formaciones docencia sobre modelos comunicacionales o metamodelos, con el objetivo de que con estas formaciones crearan canales de comunicación para que todos los profesionales se pudieran entender y así actuar de una forma coherente con los pacientes, a continuación pondremos algunos ejemplo de qué entendemos por metamodelos o modelos comunicacionales.

Actualmente, cobran especial relevancia, los *metamodelos o modelos transteóricos*, como el de Prochaska y DiClemente. Esta teoría sostiene que en el proceso de cambio de las personas, éstas pasan por una serie de etapas: precontemplación, contemplación, preparación para la acción, acción y mantenimiento (18). Las personas pasarían al inicio por la precontemplación, que es donde se inicia el cambio, y llegarían al impagable mantenimiento, pero, como sabemos, en cualquier momento de la secuencia una persona puede recaer y volver a empezar, ya sea desde el inicio o desde la etapa anterior. Una de las ventajas que podemos extraer tras

aplicar este metamodelo es que se adapta a lo que ocurre en la realidad.

La forma de poder integrar diferentes saberes es a través de los modelos transteóricos que podemos denominar “comunicacionales”, como la *Entrevista Motivacional* (19) que, salvando las distancias, podemos considerarla como un “sistema de técnicas eclécticas” que posibilitan la interacción entre terapeutas y también ofrecen cobijo a todos los demás modelos. La entrevista motivacional es otro elemento que podemos denominar “transteórico”, útil en estos casos; además, se puede aplicar de forma independiente a la orientación del profesional. La Entrevista Motivacional está orientada a aumentar el nivel de conciencia y favorecer la decisión de cambio ante las consecuencias de los usos inapropiados de las sustancias, las drogas. Se trata de llegar a conocer razones y valores que justifiquen el cambio de conducta adictiva y promueva la necesidad de hacer ese cambio.

Las resistencias al cambio son algo habitual en la conducta humana de ahí que esta estrategia motivacional pretenda que las personas afectadas vean con mayor claridad y sean capaces de valorar las consecuencias de sus comportamientos.

Podríamos decir entonces que es un método adecuado para iniciar la terapia con personas que tienen en común estar muy desmotivadas. Estas técnicas tienen en común facilitar y promover el cambio en las personas.

Esto es significativo, ya que en muchos casos los adolescentes vienen obligados por los padres y esa problemática no supone ninguna dificultad para el adolescente, no podemos eludir el hecho de que la falta de conciencia del problema es una característica de cualquiera de las innumerables formas de la dependencia. El paciente presionado por su pareja, por presión judicial, etc.

En definitiva, la Entrevista Motivacional no tiene más mérito que el haber sabido absorber ideas provenientes de otros modelos. Una síntesis que finalmente tiene como eje escuchar al paciente. Por lo demás, sabemos que la terapia no sólo consiste en informar o aconsejar, la terapia se inclina hacia una postura más humanista que apela a la libertad de decisión del paciente sobre su futuro. Estas técnicas tienen en común facilitar y promover el cambio en las personas, que es de lo que se trata.

No olvidemos que los procesos de cambio se rigen por ciertos principios:

- El cambio de conductas de autoadministración de drogas está relacionado con la modificación de contingencias asociadas.

- El uso de drogas es un comportamiento con un carácter multifactorial.

- Las contingencias no solo se relacionan con los efectos reforzados del consumo de la sustancia sino también con su complejo con texto social asociado (19) que interacciona con la persona: recursos económicos, estatus social, relaciones

afectivas, salud, modos de relación social, etc.

Las resistencias al cambio son algo habitual en la conducta humana de ahí que esta estrategia motivacional pretenda que las personas afectadas vean con mayor claridad y sean capaces de valorar las consecuencias de sus comportamientos y, tras ello, puedan valorar las consecuencias de sus comportamientos y, pueden valorar el interés del cambio. Pero no dejemos de lado que en ocasiones la decisión de realizar un tratamiento no parte de la propia persona, aun sin conciencia de la difícil situación sino de búsquedas de algún beneficio (ayudas sociales, alternativas a penas penitenciarias, etc.) o a presiones externas en el ámbito laboral, familiar o social.

El objetivo de la entrevista motivacional es dar más importancia al cambio desde la perspectiva del usuario de drogas. El terapeuta ofrece en sus intervenciones la opción de percibir las contingencias del consumo y de la abstinencia de modo diferente, alterando respuestas posteriores (20).

Los principios básicos de la entrevistas motivacional

- Expresar empatía mediante la escucha reflexiva.
 - Fomentar la discrepancia, de modo que el paciente verbalice sus motivos de preocupación por el cambio.
 - Trabajar las resistencias, sin confrontación.
 - Reafirmar la capacidad para lograr el cambio.
-

(Miller y Rollnick, 2002) (21)

Como indicamos, lo que más queremos destacar es la importancia de aplicar en los centros formaciones de modelos transteóricos o comunicacionales, son una buena aproximación terapéutica, siendo no pocos quienes combinan aspectos de terapias motivacionales con terapia cognitivo-conductual. Sea cual sea su resultado, a todas luces será más eficaz que el no-tratamiento, ofrece una elevada tasa de cumplimiento, favorece la participación y retención de pacientes en fases iniciales y está indicada en consumidores con mayor deterioro cognitivo.

D) EL GRUPO

En cuarto lugar, es importante destacar todo lo que tenga que ver con el *“trabajo en grupo”*. Tenemos que recordar que en la mayoría de las ocasiones nos encontramos con pacientes asentados en posturas muy individualistas, en algunos casos desvinculados de lo social o ensimismados en un mundo virtual de fantasía. Así, en estos tratamientos, es importante fomentar la comunidad, el encuentro con

el otro, fomentar, en suma, todo lo que tenga que ver con el “nosotros”. Romper la relación que tenía el adicto con la soledad.

El trabajo en grupo es un pilar importante en el tratamiento de las adicciones. Cuando surgieron los primeros tratamientos para las adicciones, la terapia en grupo era indispensable, debido en parte a que los centros se encontraban saturados. Corrían los años 80 y la demanda de tratamientos por heroína era muy grande; el tratamiento grupal era barato y muy práctico. También porque la específica problemática de los adictos con tendencia a la manipulación para obtener lo que deseaban propiciaba que el trabajo grupal se esgrimiera como inmejorable, no sólo para el cambio sino también para desbaratar los numerosos problemas que se crean en los centros. Un grupo de personas ve más que un solo terapeuta.

La terapia de grupo permite resolver directamente en el grupo, las transferencias múltiples (la madre, padre, hermanos, . . .), que experimentan los pacientes, y que pueden explorarse simultáneamente. La terapia de grupo tiene la facultad de sacar inmediatamente las resistencias, pues se pide a los pacientes que expresen espontáneamente sus sentimientos.

La terapia de grupo es un terreno productivo para el análisis de las resistencias, que por otras razones no pueden aparecer en las sesiones individuales. Así, la terapia de grupo permite que aparezcan comportamientos que, de otro modo en las sesiones individuales no aparecerían;

Las terapias de grupo en adicciones tienen características muy particulares. En un principio, el paciente adicto se encuentra bajo la presión externa que procede de sus familiares, a veces presionados por los problemas de salud física relacionados con el consumo. El terapeuta se percata que muchos pacientes se encuentran en un estado mental caracterizado por sentimientos de culpa, vergüenza y depresión, o se están agresivos porque se les que les obliga a cumplir demandas que consideran injustas, desproporcionadas. El terapeuta grupal tiene que afrontar las dificultades de manejar a un paciente resistente.

Como antes explicábamos, es adecuado utilizar contratos de objetivos para mantener una línea continua o un nexo de unión y a la par, utilizar otros métodos y técnicas. El propio grupo, con la supervisión del terapeuta, es quien vigila y posee una función de seguimiento que llevar a cabo para conseguir el cumplimiento de los compromisos con fines terapéuticos. Cada modelo ha orientado dichos contratos a lo que da más importancia. Entendemos por contrato a la expresión de lo que quiere y necesita hacer el paciente, a lo que se compromete a hacer terapéuticamente. Es el enlace del proceso, el continuo necesario, el norte que sigue el pacien-

te en momentos de confusión. Lo podemos hacer muy riguroso utilizando medios y criterios de evaluación, o más bien teniendo en cuenta verbalmente lo que quiere hacer el paciente. Cuanto más gravedad tiene el paciente más atado y concreto es el acuerdo (22), por último destacar que se debe combinar el tratamiento individual y grupal.

Una vez que se ha utilizado el grupo para ayudar a que los pacientes adictos interioricen su responsabilidad sobre los consumos o la abstinencia, se debe llevar gradualmente al grupo a reconocer los factores internos que han contribuido a su propensión al consumo de drogas como fuente de gratificación y regulación efectiva.

E) LA FAMILIA O FIGURAS DE APEGO.

En quinto y último lugar, consideramos que lo indicado en estos casos es trabajar con la familia, ya que en la inmensa mayoría de las ocasiones, son los padres y madres quienes demandan el tratamiento.

Se trata de intervenciones basadas en la familia ya que está comprobado que su participación influye en el progreso del tratamiento. Importa también que el terapeuta logre un lugar de neutralidad dentro de la familia, y que, desde esa neutralidad, analice sin tardanza el problema en su justa medida, y a ser posible sin dramatizar y, siempre que lo requiera la situación, realizando devoluciones positivas de las cosas buenas y de los pequeños avances conseguidos.

Un síntoma no está condicionado a lo intrapsíquico. Un síntoma puede situarse en un grupo, constituir una familia, podemos decir que en una familia muy disfuncional el síntoma puede repercutir en uno de sus miembros, al que le podemos llamar “paciente identificado”, el portador del síntoma.

En este sentido la psicología grupal, la sistémica, aporta rigor teórico y ha aportado múltiples ejemplos para entender la dinámica de los grupos y sobre todo de las familias. Es tentador utilizar un ejemplo evidente de nuestro día a día es que los padres que vienen a nuestros centros pidiendo ayuda por sus hijos conflictivos, y, como si se tratara de un volantazo, esos hijos, se niegan a venir, no asisten ni pisan por el centro, —ni más ni menos, en determinadas épocas estos pacientes han supuesto un 50% del total de los casos—, pero a raíz de trabajar con los padres, el adolescente termina mejorando muy significativamente hasta llegar a ser alta. Nos consta, que también ocurre en muchos centros. Lo hemos bautizado, sin ánimo de inventar ningún nuevo término, como *curar sin paciente*.

Está comprobado que la participación de la familia o figuras de apego influye en el progreso del tratamiento. Son intervenciones orientadas unas hacia la pareja

y otras a la familia, con otros miembros de la misma, persiguen las habilidades de comunicación y el reforzamiento positivo de las relaciones familiares, modificando interacciones relacionadas con los consumos que ayuden en el proceso de cambio de sus conductas. Facilitan información sobre el proceso de recuperación. Aunque una limitación frecuente a considerar es la carencia de interés de esos familiares en los pacientes, por norma general los padres que están dispuestos a implicarse son los padres de los adolescentes.

F) LO COMUNITARIO

La definición de comunitario es muy amplia y con muchos matices, en general se trata de que el usuario esté en contacto con su medio natural, en su entorno, facilitar en la medida de lo posible que mantenga o recupere sus refuerzos naturales. Lo comunitario implica tres grandes desplazamientos que lo configuran: de la persona enferma a la comunidad; del hospital a los centros comunitarios; y del psiquiatra al equipo (23). Según Higgins et al (24) son programas multicomponentes que tienen unos elementos claves: 1) abordaje de aspectos que pueden limitar la adherencia al tratamiento como las causas pendientes con la justicia o no tener un lugar en donde dormir; 2) los que no tienen trabajo o aquellas personas que su trabajo incrementa el riesgo de consumo de drogas, reciben asesoramiento vocacional; 3) identifican antecedentes y consecuentes del consumo, y seleccionan alternativas saludables a las consecuencias positivas que encuentras en el mismo; 4) se ofrece terapia de pareja; 5) se realizan entrenamientos en habilidades para trabajar los déficits que dificultan alcanzar la abstinencia o que aumentan la probabilidad de que surja una recaída; y 6) se oferta tratamiento para problemas con otras sustancias.

Como sabemos el tratamiento debe estar enlazado con lo educativo y lo social. Los talleres de inserción laboral, etc., para los jóvenes. Es conveniente formarles en 1. *Educación en el consumo*. 2. *Talleres de ocio y tiempo libre*. 3. *Dependencias y/o adicciones (con o sin sustancia)*. 4. *La comunicación*. 5. *Afectividad. Inserción social, etc.* En las escuelas de padres, se pueden ir tratando diferentes temas educativos.

El uso de drogas es un comportamiento con un carácter multifactorial y es indiscutible la importancia de lo social, la exclusión, y la desigualdad económica, las adicciones están rodeadas de un complejo contexto social (25) que interacciona con la persona: recursos económicos, estatus social, relaciones afectivas, salud, modos de relación social, etc.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Fernández Hermida JR, Carballo JL, Secades-Villa R, García Rodríguez O. Modelos teóricos de la conducta adictiva y recuperación natural. Análisis de la relación y consecuencias. Papeles del Psicólogo 2007; 28, (1): 2-10.
- 2) Graña J. (Coord.). Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento. Madrid: Debate, 1994.
- 3) Fernández M. (2006, 24 de Marzo). "Toxicomanías". Conferencia en la Fundación Díaz Caneja. Palencia.
- 4) Pérez del Río F. El tratamiento de las nuevas tecnologías, En el libro: Adicción a las nuevas tecnologías en jóvenes y adolescentes. (Coords.) Echeburúa Labrador, E, Becoña, E. Madrid: Ed. Pirámide, 2009.
- 5) Larousse. Diccionario de Psicología. Barcelona: RBA editores, 2003.
- 6) Álvarez JN, Esteban R, Sauvagnat F. Fundamentos de Psicopatología psicoanalítica. Madrid: Síntesis Ed. 2004.
- 7) Freud, S. Inhibición, síntoma y angustia. Obras completas. Madrid, Biblioteca Nueva, 1974. Original: Freud, S. (1996) Hemmung. Symptom und Angst, Viena: Internationaler Psychoanalytischer.
- 8) Álvarez JM. La angustia entre goce y deseo. Análisis, 2008; 16: 29-43.
- 9) Bergman J. Pescando Barracudas. Pragmática de la terapia sistémica breve. Barcelona: Paidós, 1987.
- 10) Duran-Dassier J. Psicoterapia sin Psicoterapeuta. Madrid: Ediciones Marova, 1994.
- 11) Secades Villa R, García-Rodríguez O, Higgins ST. Community Reinforcement Approach plus Vouchers for Cocaine Dependence in a Community Setting in Spain: six-month outcomes. Journal of substance Abuse Treatment, 2008; 34 202-207.
- 12) Ledgerwood DM. Contingency management for smoking cessation: where do we go from here? Current drug abuse reviews, 2008; 1 (3), 340-349.
- 13) García Rodríguez O, García-Fernández G y Secades Villa R. Manejo de contingencias en el tratamiento de las adicciones. En Pedrero, E. (Coord.). Neurociencia y Adicción. Edita Sociedad Española de Toxicomanías (SET), 2011.
- 14) Markez I, Repeto C, Sánchez I, Abad A, Barrenetxea O. Terapias frente a las adicciones en el medio penitenciario. En Markez e Iñigo (Coords. GSMP): Atención y tratamientos en prisión por el uso de drogas. OM Editorial. Bilbao, 2012.
- 15) Marlatt GA y Gordon JR (Eds.). Relapse Prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours. New York: Guildford Press, 1985.
- 16) Witkiewitz K. y Marlatt GA. Therapist's Guide to Evidence-Based Relapse Prevention. London: Elsevier, 2007.
- 17) Marlatt GA y Donovan DM. Relapse Prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. Nueva York: Guildford Press 2005.
- 18) Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC. Changing for good. The revolutionary program that explains the six stages of change and teaches you how to free yourself from bad habits. New York: William Morrow and Company, 1994.
- 19) Miller WR y Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press, 2002.

- 20) Frojan MX, Alpañés M, Calero A y Vargas de la Cruz I. Una concepción conductual de la motivación en el proceso terapéutico. *Psicothema*, 2010; 22, 556-561.
- 21) Miller WR y Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press, 2002.
- 22) Pérez del Río F, Martín I. *Nuevas adicciones: ¿Adicciones Nuevas?* Guadalajara: Intermedio Ediciones, 2007.
- 23) Desviat M. Vigencia del modelo comunitario en Salud Mental: Teoría y práctica. *Salud mental, comunitaria y cultura*. Átopos. 2007; N°3: 88-96.
- 24) Higgins ST, Heil SH y Plebani J. Clinical implications of reinforcement as a determinant of substance use disorders. *Annual Review of Psychology*, 2004; 55, 431-461.
- 25) Gifford E y Humphreys K. The psychological science of addiction. *Addiction*, 2007; 102, 352-361.

3.2.- La sed y la renuncia. Bases para una psicoterapia del alcoholismo.

Pedro Cuadrado

Primero vino la sed, luego la necesidad de estar sedientos

Anónimo.

1. Introducción y antecedentes.

Bajo el concepto de alcoholismo se puede incluir toda una variedad de problemas de salud asociados al consumo de alcohol, entre los que se encuentran distintos trastornos mentales con características y abordajes terapéuticos específicos. Aquí vamos a hablar del alcoholismo como dependencia alcohólica o Síndrome de dependencia del alcohol (CIE 10: F10.2), y de su abordaje psicoterapéutico. Aunque ocupa poco espacio en los libros de alcoholismo, incluso en muchos no aparece ni una sola línea, la psicoterapia constituye el núcleo principal del tratamiento de la dependencia alcohólica y sin ella no es posible ni hacerse cargo de las personas que padecen este trastorno, ni abordar los problemas de salud que acompañan al mismo. La psicoterapia es el eje que vertebra el tratamiento y desde ella se van incorporando otras intervenciones dirigidas a resolver problemas específicos (somáticos, psíquicos y sociales) que pueden estar presentes en las personas con dependencia alcohólica. Por lo tanto, no hay tratamiento del alcoholismo sin psicoterapia del alcoholismo.

En los últimos 25 años, en el Programas de Alcoholismo del Servicio de Salud Mental Retiro, inicialmente, y del Servicio de Salud Mental Vallecas Villa de la Comunidad de Madrid, con posterioridad, hemos ido adaptándonos y adaptando un modelo de psicoterapia que comenzó bebiendo de las ideas de Malka, Fouquet y Vachonfrance (1), y que se resumía en “la importancia de crear un encuentro intersubjetivo que permitiera una escucha de lo que el paciente dice y tiene que decir y con lo escuchado, devolver (ofrecer) al paciente un discurso sobre él mismo, que el propio paciente aún no está en condiciones de verbalizar en su propio nombre; pero que podrá hacer suyo si lo desea”. Posteriormente fuimos incorporando ele-

mentos psicodinámicos, cognitivo-conductuales, del modelo integrador de cambio y de la psicoterapia basada en narrativas para llegar a la que es hoy nuestra práctica y la propuesta de psicoterapia para el alcoholismo, que aquí presentamos, y que hemos denominado psicoterapia de la renuncia. Los elementos más importantes de esta psicoterapia, así como sus limitaciones, proceden del modelo propuesto por Zimberg et al (2), del Programa de Prevención de Recaída de Marlatt y Gordon (3), adaptado y aplicado en nuestro medio por Raquel García (4), y del Modelo Integrador de Cambio y las Entrevistas Motivacionales de Davidson et al (5) y Rollnick y Miller (6), respectivamente.

1.1. Psicoterapia de base psicodinámica.

Los modelos específicos de psicoterapia para el alcoholismo se inician, a mediados del siglo pasado, a partir de los estudios de Tiebout (7) sobre los procesos psicodinámicos, que explicaban la relación con el alcohol y la búsqueda de ayuda de los sujetos que se integraban en los grupos de Alcohólicos Anónimos. Dos eran las conclusiones fundamentales: por un lado la necesidad de tocar fondo, de reducción del yo, de ser humillado y de rendición (“sentirse impotentes ante el alcohol”), y por otro la necesidad de redención, de renacer a una “nueva vida”, cambiando no solo las conductas relacionadas con el alcohol sino estimulando una transformación completa de la vida de esa persona como una auténtica “conversión”. Estos principios, y su fuerte componente moral, constituyeron la base de la práctica psicoterapéutica para la dependencia alcohólica de orientación psicodinámica desarrollada por Zimberg et al (2). Desde esta perspectiva, el núcleo del problema son las excesivas necesidades de dependencia de las personas alcohólicas, con tendencia a la utilización de mecanismos de defensa de tipo negación y grandiosidad reactiva, donde el alcohol sirve para reforzar estas defensas. Los principios que regían esta psicoterapia eran: 1) intervención directiva dirigida a conseguir la abstinencia, 2) transferencia caracterizada por una intensa ambivalencia, difícil y con tendencia a la negación y la grandiosidad, 3) contratransferencia con intensos sentimientos de frustración, ira y necesidades de omnipotencia, 4) apoyo y redirección de las defensas del paciente más que su ataque o remoción y 5) el tratamiento se va a desarrollar a través de una serie de estadios, que suponen distintas etapas en el proceso de adquisición del control sobre los impulsos de bebida. Desde la consecución de la abstinencia, Zimberg y col. (2) establecían varias etapas en la recuperación del paciente que reflejarían un incremento en la capacidad de control de los impulsos

de bebida. La primera etapa sería un periodo inestable, con recaídas frecuentes que duraría entre seis meses y un año, desde el inicio del tratamiento, y que vendría definida por la frase “yo no puedo beber”, convicción a la que el paciente llega desde la presión externa, siendo estos controles externos los que mantienen esta abstinencia precaria. La segunda etapa vendría definida por el “no deseo beber”, que expresaría la idea de un control internalizado de los impulsos de bebida. Es una etapa bastante estable a la que la mayoría de los pacientes acceden a partir del año de abstinencia y que asegura un nivel de cambio bastante aceptable. En estas dos primeras etapas, la intervención psicoterapéutica tendría las características de una psicoterapia directiva y de apoyo. Es para la consecución del tercer estadio, definido por “no tengo que beber” (no existiría el impulso de bebida) para lo que sería necesaria una psicoterapia de insight. Para llevar a cabo este trabajo psicoterapéutico sería imprescindible la abstinencia mantenida durante meses (8), y se centraría en analizar el papel del alcohol, y su forma de consumo, como instrumento intermediario de relación con los otros y consigo mismo.

Esta psicoterapia se plantea como un instrumento de crecimiento personal que llevaría a “no necesitar” el alcohol para disfrutar de la vida o para resolver los problemas que ésta le presenta y, en aquellas situaciones óptimas, “poder usar el alcohol” de una forma sana, no problemática. El cuarto estadio sería precisamente eso: el retorno a la bebida sin problemas, que se contempla como posible en este modelo de dependencia, en el que no se distingue entre la forma de consumo de las personas no dependientes, de las que si lo son, en las que el control sobre lo que se bebe se ha hecho independiente de las motivaciones y de la necesidad para beber. Desde ahí, es lógico que la recaída se vea como un avatar natural ligado a los cambios de la motivación para el consumo y que no se contemple como un foco importante sobre el que intervenir.

1.2. Prevención de Recaída.

Centrarse en la recaída y en su prevención supuso un avance importante, y la principal aportación de la orientación cognitivo-conductual a la psicoterapia del alcoholismo. La recaída, expresión conductual de la falta de control sobre la conducta de bebida, es considerada, por este modelo, como un fenómeno aprendido cuyo desenlace se puede controlar interviniendo sobre los distintos factores implicados en la misma. Los trabajos pioneros de Litman y col. (9) y de Marlatt y Gordon (10), en los años 70 del siglo pasado, identifican los factores precipitantes de la recaída y

el papel fundamental de la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento frente a los impulsos de bebida para evitar que ésta se produzca. Este modelo permite diseñar programas de intervención que se van a apoyar, casi todos ellos, en las teorías del aprendizaje social y en el concepto de autoeficacia desarrollado por Bandura (11). Entre estos programas hay que destacar el propuesto por Marlatt y Gordon (3), que da mucha importancia a las situaciones de alto riesgo, a las habilidades de afrontamiento de los pacientes, y al papel de la violación de la abstinencia en el paso de la «caída» a la «recaída», entendida como un mediador más ligado a las expectativas del sujeto respecto a los efectos del consumo, expectativas que tienen que ver con el modelo de enfermedad transmitido. Aunque los programas de prevención de recaída nacen con el objetivo de la bebida controlada y ésta constituye su base teórica, su aplicación en la clínica ha ido ajustando sus objetivos a las características de los pacientes y mientras que en bebedores excesivos o bebedores con problemas la reducción del consumo puede ser la meta del tratamiento, en caso de programas dirigidos a dependientes del alcohol el primer objetivo es la abstinencia absoluta (4). Los programas de prevención de recaída no solo se reducen a enseñar al paciente a manejar las situaciones de riesgo de consumo, sino que apuestan por definir y delimitar el “cambio de vida” que se proponía en el modelo psicodinámico, y a través de unos de los componentes básicos de todos estos programas, el Cambio de Estilos de Vida, se proponen y definen las conductas alternativas y se entrenan aquellos aspectos de la personalidad que facilitan este cambio y el mantenimiento del mismo. En su aplicación, los programas de prevención de recaída son técnicas muy centradas en el corto plazo y con una confianza excesiva en la generalización y estabilidad de los cambios. Sin embargo, la clínica y los estudios de seguimiento (12) nos muestran a la dependencia alcohólica como un trastorno con tendencia a la recurrencia y a la persistencia en el tiempo, con necesidades de tratamiento prolongado y distintas según el momento de su evolución y donde lo que se necesita y sirve para dejar de beber, puede no ser útil para mantenerse abstinentes.

1.3. Modelo Integrador de Cambio.

En 1991, Davidson, Rollnick y McEwan (5) publican «Counselling problem drinkers», donde trasladan a los problemas del alcohol el modelo teórico que Prochaska y DiClemente habían descrito, ocho años antes, para explicar cómo se produce el cambio de conducta en personas que deciden dejar de fumar (13).

Partiendo de la idea de que los cambios que se generan durante los tratamientos, no son necesariamente distintos de otros procesos de cambio, describen un modelo integrador que consta de tres dimensiones: estadios, procesos y niveles de cambio (14). Los estadios son las etapas por las que pasa la persona hasta que el cambio se produce (precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento). Los procesos del cambio hace referencia a las modificaciones que se van produciendo en el sujeto y se pueden agrupar en: factores cognitivos (concienciación, autoreevaluación, expresión emocional, reevaluación ambiental, etc.) y factores conductuales (manejo de contingencias, relaciones de ayuda, contracondicionamiento y control de estímulos, etc.). Los niveles de cambio señalan los focos sobre los que intervenir (síntomas, cogniciones desadaptativas, conflictos interpersonales actuales, conflictos sistémicos o familiares y conflictos intrapersonales), pudiendo hacerse con distintas técnicas terapéuticas en todos y cada uno de los niveles. Aunque se trata de un modelo transteórico en el que tienen cabida toda la profusión de técnicas, varios cientos, que constituyen la oferta terapéutica actual en el mundo de las adicciones, su implantación, en el tratamiento del alcoholismo, se ha hecho a expensas del desarrollo y uso generalizado de las técnicas motivacionales y, en la práctica clínica, éste es el modelo de la Motivación para el cambio y de la utilización de las Entrevistas Motivacionales (6) como instrumento fundamental que hace avanzar el proceso a lo largo de sus estadios. La entrevista motivacional, más que una técnica psicoterapéutica, es un estilo de relación centrada en el cliente y en sus deseos, que se aleja de la relación de autoridad médico-paciente, y cuyos principios fundamentales son: expresar empatía, promover discrepancia, evitar discusiones, suavizar resistencias, y reforzar autoeficacia. Su eficacia está bien documentada, sobre todo en el formato de Intervención Breve utilizada con el objetivo de reducir los niveles de consumo de alcohol o conseguir la abstinencia en bebedores de riesgo y bebedores con consumo perjudicial sin dependencia (15). El problema con la dependencia es que el núcleo del tratamiento empieza cuando finaliza el proceso de cambio, ya que la dificultad para el sujeto no está en conseguir la abstinencia sino en mantenerla y recuperarse de las recaídas cuando éstas se producen; y la solución no está en transformar el esquema lineal de cambio, desde la precontemplación hasta el mantenimiento, en un esquema circular como si cada recaída fuese un volver a empezar, todas las recaídas fuesen iguales y el tratamiento a largo plazo una repetición y acumulación de intervenciones breves. El marco de las intervenciones motivacionales también es otro: el cliente puede estar motivado para conseguir el objetivo de beber controladamente, pero no con-

seguir su objetivo porque el control de consumo no está en su mano. Como han puesto de manifiesto los estudios en modelos animales, cuando está instaurada la dependencia, los procesos motivacionales, que ponen en marcha los procesos de búsqueda e inicio del consumo, se desligan de los procesos consumatorios y son éstos los que determinan la cantidad de alcohol que se ingiere, y estos procesos consumatorios parecen funcionar al margen de los estímulos externos e internos (16). Los límites de la motivación no son solamente éstos: el alcohol y su forma de consumo estructuran la vida del alcohólico y la dan un sentido, y esto supone mucho más que un mero balance entre ventajas y desventajas para consumir, y que una declaración expresa de “quiero cambiar”.

2. La Psicoterapia de la Renuncia.

Las definiciones de “renuncia” hacen referencia a la dimisión o dejación voluntaria de una cosa que se posee, o del derecho a ella. Por lo tanto, supone la dejación voluntaria de algo que nos es propio; lo que traducido al ejercicio de la renuncia implica: la decisión voluntaria de dejar de ser nosotros, de desprendernos de algo nuestro. En nuestra relación con el mundo, estamos ejercitando la renuncia desde el principio de lo que somos y a cada momento y es un componente que está presente en todo proceso de intercambio. La facilidad para desprendernos de nuestras cosas, de ceder, nos permite adaptarnos, vislumbrar alternativas, recorrerlas y terminar asumiéndolas. En el ámbito de las relaciones interpersonales, en la necesidad del otro, y de una manera mucho más explícita en la búsqueda de ayuda y en la necesidad de cambio ya está presente una dejación de lo que somos. Por ello, podemos decir que todas las psicoterapias, de alguna manera, tienen que ver con la renuncia y tienen que lidiar con el manejo de la misma.

La psicoterapia de la renuncia es la psicoterapia del duelo y las tareas a las que se enfrentan los sujetos inmersos en ella, son las de éste (17). En la primera de estas tareas, la de aceptación, es donde el papel de la renuncia adquiere su preponderancia. Además, las dificultades para la renuncia se convierten en el foco principal de la terapia, en aquellas situaciones de pérdida, en las que la “propuesta” de renuncia al objeto no se vive como propia, sino que viene impuesta desde el exterior. También es el foco principal, en el abordaje de aquellas situaciones clínicas que atañen a aspectos cercanos al núcleo de nuestra identidad o que cuestionan nuestros estilos de relación, y también tiene mucha importancia, en la evolución y respuesta a los tratamientos de aquellos trastornos con tendencia a la persistencia, en los que los

síntomas se incorporan a la vida del sujeto, la estructuran y la dan sentido, y en los que las limitaciones y dificultades del sujeto para renunciar, se convierten en el principal obstáculo para el cambio.

En la dependencia del alcohol, como en el resto de las adicciones, el sujeto se enfrenta al abandono de la sustancia como lo haría ante cualquier situación de pérdida afectiva con componentes de un duelo complicado: separación de un objeto relacional cargado de ambivalencia, y lo hace en unas condiciones muy similares a las que se dan en los procesos de duelo ligados a las rupturas sentimentales: con el objeto estando ahí, disponible, llamándonos. El manejo de la renuncia recorre todo el proceso terapéutico del alcoholismo. Así, está presente en las dificultades para buscar ayuda, ponerse en tratamiento y mantenerse en el mismo, que es lo habitual en la mayoría de las personas con este problema, y que más que una falta de conciencia de problema, lo que hay es una conciencia de ausencia de alternativas a la conducta de bebida y a la vida organizada en torno a ella. La persona sabe de sobra lo que le pasa, pero no “ve” que haya otra vida posible. Y subyace, también, a la mala evolución de la enfermedad que se asocia, sobre todo, a estructuras de personalidad con muchas dificultades para aceptar “reducir el yo”, aceptar límites y renunciar a sus deseos, como es el caso de las estructuras narcisistas. En el caso de las estructuras ansioso-fóbicas, la dificultad no está tanto en la renuncia, como en la plasmación de la misma a través del cambio, y en la activación de las estructuras hipertrofiadas (sistemas de alerta) que se ponen en marcha para controlar las amenazas de éste. La forma de iniciar la abstinencia: una concesión graciosa en los primeros y muy dolorosa en estos últimos, nos señala este hecho. Y lo mismo ocurre con las recaídas: de forma natural, tras retirar la concesión, en los narcisistas y con mucho sufrimiento y cargadas de culpa en los fóbicos.

La psicoterapia de la renuncia, en el alcoholismo, va a hacer referencia al proceso de acompañamiento psicoterapéutico prolongado centrado en la falta de control sobre la conducta de bebida (el manejo de la sed), y en las dificultades para prescindir del alcohol, mantener la abstinencia y seguir viviendo sin él (el manejo de la renuncia). El hilo conductor, de este proceso, va a ser una narrativa compartida, construida en el contexto de una relación terapéutica comprometida, cuyo núcleo central es la relación peculiar del paciente con el alcohol, su forma de consumo y la organización de la vida de esa persona en torno a él (relación de dependencia). Las intervenciones terapéuticas van a ir dirigidas a que, la persona dependiente del alcohol, asuma que no puede empezar a beber, a que descubra lo que tiene que hacer para conseguirlo y a facilitar la creación de condiciones que

permitan una posibilidad de vida alternativa, al margen de la conducta de bebida, identificando y removiendo los obstáculos que dificultan o impiden la renuncia.

2.1. El proceso psicoterapéutico.

Siguiendo a Fernández Liria y Rodríguez Vega (18) en su concepción de la psicoterapia como proceso, vamos a distinguir: entre las fases iniciales que denominamos Inicio del cambio y adquisición de la abstinencia, y las fases intermedias que denominamos mantenimiento del cambio y prevención de recaída.

2.1.1. Inicio del cambio y adquisición de la abstinencia.

Los objetivos de esta primera fase: construcción de la alianza terapéutica, evaluación y formulación del caso y el contrato terapéutico, contribuyen y se confunden con el objetivo de iniciar el proceso de cambio en la conducta de bebida y conseguir la abstinencia. La prioridad de esta fase es la construcción de la alianza terapéutica, requisito imprescindible para poder llevar a cabo el control externo del consumo, la facilitación del proceso de cambio y el apoyo a la renuncia.

En el tratamiento de las adicciones, el control externo del consumo es un factor terapéutico de primer orden y la alianza terapéutica debe estar al servicio del mismo. Conseguir el enganche, que el paciente venga a “darnos cuenta” y nos acepte como “sus controladores”, es un paso imprescindible para el tratamiento, aunque ese objetivo esté lleno de obstáculos. El primero y más importante es la falta de compromiso del paciente con respecto al cambio. Le cuesta ver la necesidad de dejar de beber y si la ve le cuesta aceptar lo que eso implica. Eso hace, que en esta fase, el terapeuta tenga que tener más interés que el propio paciente en que la alianza se produzca y para conseguirla, a veces hay que demorar objetivos (abstinencia) y sacrificar, inicialmente, aspectos del encuadre, sobre todo, los que tiene que ver con las obligaciones y tareas del paciente. En cuanto a la facilitación del proceso de cambio, ya conocemos las limitaciones de las intervenciones breves y entrevistas motivacionales para producir cambios estables en los problemas de dependencia. En estos casos, solo es posible motivar desde una sólida alianza de trabajo basada en la aceptación del terapeuta de la persona dependiente, de su problema y de su forma de vida. La escucha empática debe estar al servicio de la alianza y es la manera de iniciar este proceso. Y eso también a veces es difícil, no solo por la propia dificultad que entraña aceptar a otro que puede ser muy diferente, si no porque

en su forma de acercarse al tratamiento, en sus demandas sin miramiento, en sus exigencias, en sus proyecciones y agresiones o en su indolencia ante sus problemas, cuesta no parales los pies, establecer límites estrictos de difícil cumplimiento y devolverles, con palabras técnicas, “que todo lo que les pasa se lo han buscado, que no nos fiamos de que realmente quieran hacer algo para cambiar y que cuando lo tengan claro que vuelvan”. Pero solo desde ahí, desde el respeto a lo que el otro es y nos ofrece, se pueden plantear objetivos comunes de cambio. Y sabemos que cuando los motivos para cambiar no están en uno, y eses es el principal obstáculo para la renuncia, necesitamos ver la motivación en el otro, no un otro cualquiera si no un otro significativo, reconocerla y hacerla propia. Ese es el papel de la alianza terapéutica: ponerse al servicio de la motivación para el cambio.

Si la alianza terapéutica ha de estar al servicio de la motivación para el cambio, la evaluación debe estar al servicio de la narrativa. Nos interesa conocer la historia de bebida, cuándo, cuánto y cómo se consume (patrón de consumo), los problemas asociados a esta manera de hacerlo (patrón de complicaciones) y sobre todo, las relaciones del sujeto con su bebida y detectar, especialmente, las lineras de fractura que en la relación de la persona con su consumo ponen de manifiesto el cambio en los patrones de consumo (aumento de los días de consumo, paso de patrones episódicos a continuos o de estables a combinados), la presencia de “intoxicaciones no buscadas” como consecuencia de no poder parar por encima de un cierto nivel de consumo y beber más de lo que se desea, la persistencia del consumo a pesar de los efectos indeseables del alcohol sobre la vida del sujeto, y la vuelta al consumo tras periodos más o menos largos de abstinencia (recaída). Estos son los elementos distintivos de la dependencia y son los que han de sustentar la formulación del caso y la narrativa que define el foco de intervención.

2.1.1.1. Narrativa sobre la dependencia alcohólica y foco de intervención.

Entendemos la dependencia del alcohol como una relación peculiar de una persona con su conducta de bebida, que se caracteriza por la incapacidad para detener el consumo de alcohol una vez iniciado éste. Esta relación es expresión de un déficit estructural al que se puede llegar desde una vulnerabilidad específica para la falta de control o como consecuencia de los efectos prolongados del alcohol sobre las estructuras cerebrales. Esta falta de control se va a manifestar por la falta de control sobre la cantidad de alcohol que se desea beber (“se bebe más de lo que se desea”) o se busca beber sin intoxicarse, pero se termina intoxicado (“intoxicaciones no buscadas”). Y en un segundo tiempo, lo que implica un paso más y un

agravamiento de la dependencia, por la falta de control sobre la conducta de bebida ("incapacidad para abstenerse"), cuya manifestación más visible es la recaída.

La recaída consiste en la reanudación del consumo, tras un periodo más o menos largo de abstinencia, a pesar de que la persona sabe que el alcohol le origina problemas. Como la falta de control sobre la cantidad a consumir también está presente, en mayor o menor intensidad, la reanudación de la bebida implica que en muy poco tiempo se recuperan los niveles de consumo que se tenían antes de la abstinencia. Por lo tanto, para que se produzca la recaída se requiere tanto de una falta de control sobre la cantidad a consumir una vez iniciado el consumo, como de una disminución del control sobre la decisión de consumir. Tanto la incapacidad para parar una vez iniciado el consumo, como la incapacidad para abstenerse no son proceso todo o nada sino que tienen distintos niveles que las personas van recorriendo, a veces hacia delante y a veces hacia atrás, a lo largo de su proceso de adicción. Sin embargo, al igual que pasa con el hígado que durante un tiempo es capaz de recuperarse de las complicaciones del alcohol (lesiones precirróticas) durante los periodos de abstinencia, hasta que se termina instaurándose de forma permanente, y al margen del consumo, una cirrosis; una vez que la incapacidad de parar y de abstenerse están presentes se van a convertir en el patrón de respuesta permanente y con tendencia a la progresión ante el consumo de alcohol y ante el deseo de beber. Los datos empíricos, de estudios con animales, muestran que al cabo de unos meses de ingesta persistente de etanol, se produce una transición irreversible ("punto de no retorno") del consumo controlado al no controlado (19).

Aceptar este modelo de dependencia implica aceptar que, de una forma persistente, si bebo no podré parar cuando quiera y que el deseo de beber surgirá con mucha frecuencia y mucha intensidad y me resultará difícil no dejarme llevar por ese impulso. Este es el foco de la intervención. En este foco va implícito que la persona dependiente no tiene ni puede adquirir la capacidad de controlar "cuanto bebe una vez que está bebiendo" y que, por lo tanto, "poder controlar cuanto se bebe" tampoco puede ser el objetivo del tratamiento. No es posible plantearse beber poco porque no es posible beber poco cuando se tiene una dependencia. Por este camino se llega a la abstinencia absoluta como único objetivo posible para resolver la dependencia, lo que implica renunciar a lo que nos pide el impulso de bebida. En el sistema constituido por: el impulso de bebida-bebida, la renuncia resuelve el problema al "proporcionar un camino que conduce fuera del sistema", sería un cambio 2 en la terminología de Watzlawick, Weakland y Fisch (20). De ahí

que el trabajo terapéutico se tenga que centrar en lo que la persona puede hacer para no empezar a beber.

La diferenciación entre el impulso de bebida y la bebida (“una cosa es tener ganas de beber y otra cosa es beber”) es un componente de la narrativa que define el momento de la conducta de bebida en el que podemos intervenir y, al indicar sobre lo que se tiene control y sobre lo que no se tiene, le permite al paciente saber donde debe concentrar sus esfuerzos para modificar su conducta. En este sentido, el paciente no tiene control sobre el impulso de bebida. El deseo de beber está o aparece al margen de nuestra voluntad. El símil del hambre nos ayuda a trasladar esta idea al paciente. Uno no decide cuando tiene hambre, pero si está en su mano decidir si come o no come cuando el hambre aparece. La persona dependiente debe asumir que el impulso de bebida aparecerá y estará presente durante un periodo largo de tiempo, aunque deje de beber. Y aparecerá en aquellos momentos, situaciones y estados emocionales en los cuales el sujeto solía beber; pero tener ganas de beber no es el problema, el problema es beber. Y es en ese espacio de tiempo: entre el deseo de beber y el beber donde la persona puede intervenir y hacer cosas que van a hacer que la persona beba o que no beba. El manejo de situaciones de riesgo se centrará en este aspecto.

Un elemento más, que podemos incorporar a la narrativa y al foco de intervención, es el fraccionamiento del objetivo o de meta. Es decir: fijar el objetivo de abstinencia absoluta no para siempre sino día a día. Objetivo que se va renovando, también, día a día. Las expectativas de autoeficacia (11) son mucho más fáciles de mantener veinticuatro horas que toda una vida. Esta estrategia cumple un papel muy importante en la adquisición de la abstinencia, y especialmente en aquellos dependientes del alcohol con muchas dificultades para conseguirla, así como en aquellos que tienen muchas dificultades para mantenerla por periodos prolongados. Sin embargo, no se suele necesitar en una buena parte de pacientes que están libres de impulsos de bebida generalizados y persistentes, que pueden pasar periodos largos sin que tengan que enfrentarse a la decisión de consumir.

Del encuadre destaca: un plan de tratamiento con un incremento de la actividad terapéutica en el inicio, para conseguir la alianza terapéutica y la adquisición de la abstinencia, con una intensidad decreciente en el seguimiento en función de la evolución, y modificaciones del plan terapéutico establecido, con repetición del plan inicial, ante situaciones de recaída y riesgo de recaída. La duración no debe ser inferior a los dos años, con un criterio de alta de no menos de un año de abstinencia absoluta. El plan de tratamiento para un paciente tipo, que inicia el tratamiento

en situación de consumo, que no le cuesta adquirir la abstinencia y que tiene una buena evolución, incluye: una consulta inicial, consulta a los tres días, a la semana, a las dos semanas, al mes, una al mes el resto del primer año y una cada dos meses en el segundo año. En nuestras muestras, la media del número de consultas durante el programa de dos años es de alrededor de 20, con un rango muy amplio: desde una en aquellos que abandonan el tratamiento tras la primera consulta, hasta más de treintaicinco en aquellos con mala evolución (21). También es importante señalar la flexibilidad para atender al paciente al margen de las citas señaladas y la alta disponibilidad del terapeuta para resolver situaciones de recaída y riesgo de recaída.

2.1.1.2. Adquisición de la abstinencia.

Una buena parte de los pacientes inician el tratamiento en situación de abstinencia. El cese del consumo se ha producido tras las recomendaciones del Médico de Atención Primaria o las intervenciones breves recibidas en dispositivos asistenciales de tránsito (Unidades de Urgencia, hospitalización psiquiátrica breve u hospitalización en Medicina Interna, Digestivo, Traumatología, etc.), a los que han tenido que acudir o han sido llevados para resolver complicaciones del consumo del alcohol. En otras ocasiones, es el propio paciente quien toma la decisión, casi siempre en el contexto de amenazas de pérdida, sobre todo de relaciones afectivas, familiares y socio-laborales. También los hay que vienen consumiendo: unos porque no están en condiciones de hacer otra cosa, otros tras un último consumo como pago anticipado por el esfuerzo venidero y algunos con el consumo como moneda de cambio a la espera de lo que les vayamos a ofrecer. En todo caso, la fase de adquisición de la abstinencia o de desintoxicación, como se ha llamado en otros momentos, tiene poco peso en el tratamiento de la mayoría de las personas con dependencia alcohólica. En aquellos en los que sí tiene importancia, el núcleo de la narrativa y el foco de intervención no ha de ser la desintoxicación ni la sintomatología de abstinencia, aunque haya que abordarla farmacológicamente si está presente; sino el cese del consumo y la recuperación del control. El inicio del cambio se produce con el cese del consumo. En nuestro programa, en más del 90 % de los casos, el cese del consumo se consigue a nivel ambulatorio, a veces desde la primera entrevista y en otras tras varios meses de tratamiento; aunque no renunciamos a la hospitalización, ya sea en unidades psiquiátricas generales o en unidades específicas, en aquellos casos en los que persisten altos niveles de consumo tras varias semanas de tratamiento.

La narrativa del cese del consumo ha de ser la narrativa de la recuperación del control, no sobre el consumo, sino sobre su conducta y sobre su vida. La narrativa

del control, de recuperar el control de lo que hace y de su vida, es una narrativa natural, de fácil aceptación, que se alía con uno de los elementos básicos que conforman nuestra identidad: la necesidad de límites para ser uno. No importa lo que se haya hecho, lo que se haya ganado o lo que se haya perdido, importa volver a ser uno, recuperar su identidad. Es una narrativa que mira hacia adelante y define claramente un objetivo lo que permite fijar una estrategia para conseguirlo. Por tanto, en la adquisición de la abstinencia, tenemos que poner la narrativa de la dependencia: (no poder beber con control de lo que se bebe), la propuesta de solución para poder recuperar el control (no iniciar el consumo) y las estrategias para conseguirlo (diferenciar entre deseo de beber y beber, decir que “no” ante el deseo de bebida, no tener alcohol cerca o alejarse de él si surge el deseo y fijar en 24 horas el objetivo de abstinencia: “hoy no voy a beber”), al servicio del cese del consumo.

2.1.2. Mantenimiento del cambio y Prevención de Recaída.

En la dependencia alcohólica es un hecho clínico constatado que lo difícil no es dejar de beber, lo difícil es mantenerse sin beber. Las tasas de abstinencia absoluta pueden pasar desde un 81.8% al mes a 71.6% a los 3 meses y a 41.3% a los 6 meses (22). De ahí, que el mantenimiento de la abstinencia constituya el núcleo fundamental del tratamiento y que el foco principal de intervención sea la recaída, su prevención y el manejo de la misma cuando se produce. También es necesario señalar que las motivaciones y estrategias que inician y culminan un proceso de cambio no necesariamente son útiles y eficaces para mantener y consolidar la nueva conducta, por lo que, en este momento del tratamiento, las intervenciones tienen que tener unas características específicas. Si la función de la relación terapéutica y las intervenciones dirigidas a la adquisición de la abstinencia eran crear las condiciones que permitiesen una posibilidad de vida alternativa al margen de la conducta de consumo, removiendo los obstáculos que dificultaban o impedían la renuncia; las intervenciones que se llevan a cabo en la fase de mantenimiento del cambio o mantenimiento de la abstinencia tienen como función: mantener la decisión de renunciar al alcohol compartiendo una narrativa sobre la recaída que esté al servicio del control del consumo, ofrecer estrategias para manejar las situaciones de riesgo, proponer y consensuar conductas alternativas a las mismas e intervenir sobre los factores que condicionan la calidad de vida del paciente en situación de abstinencia, y se pueden agrupar bajo el epígrafe de Prevención de Recaída.

2.1.2.1. La narrativa sobre la recaída al servicio del control.

La recaída es la reanudación del consumo de alcohol en una persona con dependencia alcohólica, tras un periodo más o menos largo de abstinencia. Hay quien diferencia entre “caída”, reanudación del consumo sin que se llegue a los niveles previos a la abstinencia o sin complicaciones asociadas a esos consumos, de la “recaída” que supone un retorno, o un agravamiento en muchos casos, de los niveles de consumo y de complicaciones previos a la abstinencia. Nosotros no hacemos esa distinción, y desde el punto de vista del proceso de dependencia no tiene mucho sentido. En el fondo, que se den caídas o recaídas, en una situación de consumo dado, depende más de la gravedad de la dependencia que de cualquier otra cosa. Así, en dependencias severas cualquier consumo se sigue de intoxicación y complicaciones asociadas, mientras que dependencias leves o moderada se pueden dar varias caídas antes de que se produzca una recaída, incluso se puede establecer un patrón de evolución con esas características.

La recaída es uno de los elementos definitorios del proceso de dependencia, según la entendemos en la actualidad. Este proceso supone un cambio en el funcionamiento cerebral de las personas dependientes respecto a la conducta de consumir alcohol que, una vez establecida la dependencia, se mantiene a lo largo del tiempo a pesar de que se haya dejado de consumir, y que se manifiesta como una tendencia a la repetición de esa conducta. Por lo tanto, existiría una base neurobiológica sobre la que asienta la vulnerabilidad para desarrollar conductas ligadas a la dependencia.

Hoy se piensa que esta vulnerabilidad está ligada a una serie de estructuras cerebrales, que en los dependientes del alcohol, son diferentes y, sobre todo, que funcionan de manera diferente ante determinados estímulos ligados al consumo de alcohol, respecto a los que no lo son (23,24). Desde el punto de vista neurobiológico:

- 1) La adicción al alcohol, como otras adicciones, supone la implicación de extensas regiones cerebrales relacionadas con el sistema dopaminérgico, entre las que destacan el área tegmental ventral, la amígdala, el estriado ventral y dorsal y el cortex prefrontal, con cambios neuroadaptativos que incluyen procesos neurobiológicos de aprendizaje y memoria.

- 2) El consumo crónico de alcohol provoca cambios en los receptores dopaminérgicos del sistema mesocorticolímbico (sistema estriado, área tegmental ventral, núcleo acumbens, amígdala, hipocampo, corteza prefrontal), con el desarrollo de procesos de sensibilización que favorecen la creación y consolidación de hábitos de consumo que constituyen la base del proceso adictivo.

3) Con el tiempo, el consumo de alcohol acaba siendo una conducta controlada por mecanismos estímulo-respuesta y adquiere la forma de un hábito compulsivo. El sistema estriado dorsal juega un papel fundamental en este proceso.

4) El desequilibrio de la función dopaminérgica prefrontal, con predominio de receptores D1 frente a D2, hace que la persona adicta preste únicamente atención a aquellos estímulos relacionados con el consumo de la sustancia (en la cabeza no hay otras cosa que eso). Además, el sistema dopaminérgico mesolímbico, especialmente la amígdala, juega un papel fundamental en el proceso de condicionamiento de estímulos relacionados con el consumo. Esto implica que la presencia de determinados estímulos ambientales pone en marcha la conducta de búsqueda de alcohol.

En el proceso de recaída, tan importante es: cómo se encuentran estas estructuras en un momento determinado, en función de cómo se encuentren así será la respuesta ante determinados estímulos, como los estímulos que ponen en marcha estas respuestas. Estos estímulos no son los mismos en unos momentos de la evolución de la enfermedad que en otros, y en unas personas que en otras, y constituyen las situaciones de riesgo de recaída. Para cada persona, los mismos estímulos pueden tener significados diferentes y responder ante ellos de manera diferente. De la conjunción de ambos factores surgen dos tipos distintos de recaída:

1) Recaída en abstinencia reciente (primeras semanas). La recaída, en estos momentos, es consecuencia de la inercia del sistema a seguir haciendo lo que hacía de una manera automática, así como la respuesta de un sistema nervioso muy lábil y con poca capacidad para manejar los estímulos, fundamentalmente internos (signos y síntomas neuro-psicológicos y otros signos y síntomas somáticos que aparecen tras la retirada del alcohol y que, la mayoría, son la expresión de los procesos de neuroadaptación y de abstinencia), y cuyo alivio, las personas dependientes tienen asociado al consumo de alcohol.

2) Recaída en abstinencia a medio y largo plazo. Pasadas las primeras semanas, además de los estímulos internos (un estado emocional inestable), empiezan a tener importancia los estímulos externos (lugares, personas, situaciones), que están asociados en la memoria de las personas dependientes al consumo de alcohol y que cuando están presentes, también está presente el alcohol, y está presente como deseo de beber. Hay estructuras cerebrales como la amígdala, que juega un papel importante en asociar los estímulos externos con la ejecución automática de determinadas conductas, y que está disminuida en personas con dependencia alcohólica crónica, y cuyo tamaño y funcionamiento se ha asociado al riesgo de re-

caída. En los primeros 5 o 6 meses de abstinencia aún siguen teniendo importancia los estímulos internos (estados emocionales, recuerdos), expresión de la inestabilidad del propio sistema que aún no se ha recuperado tras la abstinencia (estado disfórico), a lo que se suma el estado emocional reactivo, que tiene su origen en el afrontamiento de las consecuencias originadas por su conducta anterior y en los procesos de adaptación de la persona a la situación de abstinencia (recuperar su sitio en su casa, su familia, su trabajo, sus relaciones sociales, etc., o a la creación de un nuevo papel). Son factores ligados a lo que llamamos la calidad de vida en abstinencia.

Un aspecto de la narrativa sobre la recaída, sobre el que hay que insistir para implicar y ponerse de acuerdo con el paciente, es que se trata de un proceso activo, en el que la persona dependiente tiene un protagonismo fundamental en el resultado final. Recalcar que a las persona les pasan cosas, y muchas de esas cosas tienen que ver con lo que éstas hacen ante determinados estímulos y situaciones. Así, el punto de partida para el manejo de las situaciones de riesgo de recaída es la posición de renuncia del paciente. Si la persona no ha renunciado al consumo de alcohol, cuando determinados estímulos ponen en marcha el proceso de deseo de beber (craving), ésta se deja ir y reanuda el consumo. Y el segundo aspecto es su papel en el control de las situaciones de riesgo. La persona dependiente debe ser capaz de estar atenta a determinadas señales y determinadas situaciones, que están presentes antes de reanudar el consumo, y que ponen en marcha el proceso. Entre ellas hay que destacar: cambios emocionales (irritabilidad, ensimismamiento, nerviosismo, insomnio o sueños de consumo y pesadillas), cambios en nuestra manera de pensar respecto al alcohol y lo que nos decimos respecto a él (minimizando los aspectos negativos y resaltando los positivos) y cambios de comportamiento respecto a conductas y estilos de vida (volver a los lugares de consumo y frecuentar personas con las que se bebía, abandonar el tratamiento prescrito y dejar de acudir a citas concertadas o a las reuniones de los grupos de autoayuda). Estos cambios deben vivirse como una señal lo mismo que un semáforo en ámbar que nos dice: "Atención") para poner en marcha estrategias que eviten la recaída (búsqueda de ayuda, hablar de ello con las personas cercanas o con los profesionales de referencia ó evitar aquellas situaciones que impliquen exponerse al consumo).

2.1.2.2. Manejo de las situaciones de riesgo.

El mantenimiento de la abstinencia y la prevención de recaída se concretan en la práctica clínica en el manejo de las situaciones de riesgo, que constituye uno

de los focos principales de intervención en este momento del proceso. Cuando recogemos la historia de consumo, y se la devolvemos al paciente, lo hacemos identificando y “señalando” momentos, lugares, personas y estados emocionales en los que la persona consume alcohol, y al hacerlo estamos realizando un mapa de lo que serán las situaciones de riesgo de consumo una vez que el paciente ha iniciado la abstinencia. El primer paso, en el manejo de las situaciones de riesgo, es el proceso de reetiquetado por el que las motivaciones explicitadas para beber (“bebo cuando estoy solo”, “bebo en el bar”, “bebo cuando salgo de fiesta”, “bebo cuando estoy triste”, “bebo cada vez que discuto con mi pareja”, “bebo cuando acabo de trabajar”, “bebo cuando estoy tenso”, “bebo cuando estoy sola en casa”, “etc.”) son convertidas en situaciones de riesgo. Una situación de riesgo no es nada más que eso: una situación en la que surge el deseo de beber o, por el hábito de consumo o por experiencias previas asociadas al alcohol, puede volver a surgir. Cada persona dependiente tiene las suyas, en algunos casos y en algunos momentos de la evolución de la dependencia son tan ubicuas que no hay ni un solo lugar ni un solo minuto en los que el deseo no esté presente, en otros casos son situaciones muy concretas y puntuales, y en otras el consumo de alcohol aparece completamente descontextualizado y al margen de cualquier experiencia personal, sin distancia entre impulso de bebida y bebida. Es esta distancia la que permite asociar y atribuir el impulso de bebida a esa situación y convertirla en situación de riesgo, y la condición necesaria para poder intervenir sobre ella. Las situaciones de riesgo son el instrumento con el que podemos trabajar el deseo de beber. El paciente debe convertirlas en la señal de alerta que le obliga a buscar, detectar e identificar el impulso de bebida, cuya presencia ha de poner en marcha las estrategias dirigidas a neutralizarlo (manejo de la sed).

La mera identificación de las situaciones de riesgo ya le permite al paciente tomar medidas contra ellas, aunque ya lo haya hecho, en muchas ocasiones, sin que nadie se lo haya recomendado. Así, de motu proprio: dejan de ir a los bares, dejan de tener alcohol en casa, dejan de salir con determinados amigos, dejan de ir a fiestas, etc. Todo el mundo parece saber que la evitación, si se puede poner en marcha, es la estrategia más eficaz para mantenerse abstinentes. Los estudios de eficacia de distintas estrategias de afrontamiento inciden también en este hecho: las de tipo conductual son más eficaces que las de tipo cognitivo y de aquellas, la evitación es la que más se asocia al mantenimiento de la abstinencia (25). El papel del terapeuta es reforzar estas conductas y promoverlas en el caso de que al paciente no se le ocurran. Toda conducta de evitación lleva implícita una conducta alternativa, lo que

implica que las situaciones de consumo son sustituidas por otras, cuyo mantenimiento en el tiempo van a consolidar un nuevo hábito. Dentro de estas conductas alternativas, una que tiene mucho peso, en el mantenimiento de la abstinencia, es encontrar una bebida sin alcohol que sustituya a las bebidas alcohólicas. La sed, entendida como necesidad de ingerir líquidos, es una de las principales situaciones de riesgo, del mismo rango que una moneda en el bolsillo de un jugador patológico. Se debe hablar de la sed con los pacientes, en este sentido, y de la necesidad de tener preparada, en la cabeza, una bebida no alcohólica a la que recurrir cuando la sed aparezca. Si esa nueva bebida se termina consolidando y creando un nuevo hábito, el paciente habrá neutralizado una fuente importante de recaídas.

Sin embargo, aunque se haya conseguido la abstinencia, e incluso se lleve bastante tiempo abstinentes y se hayan cambiado muchos hábitos, el deseo de beber o no acaba de irse o si lo hace, tarde o temprano, reaparecerá. Sobre todo, porque al igual que la sed, otras situaciones de riesgo como los estados emocionales o los pensamientos intrusivos, no se prestan fácilmente a soluciones de tipo evitativo. A ello hay que sumar, que una buena parte de los pacientes tampoco están por la labor de renunciar a muchas de sus situaciones de riesgo, porque son mucho más que lugares, momentos y personas en los que se bebe y con los que se bebe, y que, debido a la ubicuidad del alcohol, no hay sitio donde uno pueda esconderse con la seguridad de no ver ni oír nada que le remita a aquél. Por ello, el elemento más importante para prevenir la recaída y mantenerse abstinentes es estar preparado para manejar la sed y el impulso de bebida.

2.1.2.3. El manejo de la sed.

La sed es la gana y necesidad de beber; pero también, y sobre todo en el tema que nos ocupa, es el petito o deseo ardiente de una cosa. En la primera acepción, la sed forma parte de los estímulos que ponen en marcha el deseo de beber, y lo vamos a manejar como el resto de situaciones de riesgo. En la segunda, la sed es sinónimo de deseo o impulso de bebida, y es el componente esencial de todas las situaciones de riesgo, cuyo manejo constituye el elemento central del manejo de éstas y de la prevención de recaída.

El punto de partida es la posición del sujeto frente al consumo. La idea/deseo de beber pone en marcha la conducta de bebida, que culmina con el consumo de alcohol, la demora del consumo, o la renuncia al consumo. Cuando surge el deseo, impulso que no se elige y que aparece al margen de nosotros (aunque podemos “hacer sed”) o alimentar el deseo: elegir los lugares y situaciones por los que transita

y en los que puede surgir), la persona se posiciona ante él, a veces, casi siempre, de una manera automática, en otras de una manera “muy consciente”. El trabajo terapéutico va dirigido a hacer explícita esa posición: detectar y reconocer el deseo de beber, separarse de él y posicionarse respecto a él.

Recuperando, y redefiniendo, la terminología de Zimberg et al (2), podemos encontrar tres posiciones: Quiero/No quiero beber, No Puedo beber y No Tengo que beber. La posición “Quiero/No Quiero beber” pertenece al ámbito del consumo con control, “normal”. La persona con una dependencia ha perdido la capacidad de “querer o no querer beber”: una vez que inicia el consumo, únicamente “puede beber”. Esta es la posición habitual antes de iniciar el tratamiento, y también la de una buena parte de aquellos que ya lo han empezado y que siguen consumiendo de forma habitual, o que presentan una evolución a temporadas alternado periodos más o menos largos de abstinencia con recaídas puntuales. Es la posición que subyace a la resistencia al cambio, a la renuncia. La posición “No Puedo beber” es la posición de la renuncia. Supone, aceptar el hecho que implica ser dependiente del alcohol. En los primeros momentos, y en la mayoría de los pacientes, durante largos periodos de tiempo, es una posición frente al consumo ligada a presiones externas (problemas propios y presiones de los demás), que hay que estar actualizando cada día y en cada momento que surge el deseo (la abstinencia como “ganancia secundaria”); es una renuncia puntual ante cada situación de deseo. En algunos pacientes, este “no poder beber” se internaliza, y una buena parte de la vida se organiza de tal forma que no sea fácil encontrarse con el alcohol o, si el encuentro se produce, se abandona apresurado el campo de batalla. Este es el objetivo máximo al que aspira el tratamiento, llegar a esta posición y consolidarla. Se les ofrece el control a cambio de la renuncia. La posición “No Tengo que beber” implica que se puede vivir sin consumir alcohol y que no hay deseo de beber. Dado que el deseo “puede estar o no estar”, es siempre una declaración temporal, un juicio sobre la cuestión que hace referencia al momento que se emite éste. Cuando se lleva un tiempo abstinentes, el deseo, entendido como idea con una alta carga emocional tiene poco peso en la recaída (“se puede beber sin deseo”). De ahí que, la posición más eficaz para evitar la recaída es la de “No puedo beber”, que implica una posición activa frente al consumo de alcohol, haya o no haya deseo. Trabajar la aceptación del paciente del uso regular de interdictores (Disulfiram, Cianamida), es trabajar en colocar al paciente en esta posición, y su eficacia contrastada está directamente relacionada con el cumplimiento de la prescripción (26), al tiempo que actúa como disuasorio: favoreciendo las conductas de evitación cuando el paciente se enfrenta al impulso de bebida.

Es desde la posición de “No Puedo beber”, desde la que el paciente puede poner en marcha la evitación y la búsqueda de ayuda, que son las dos estrategias más eficaces para enfrentarse al impulso de bebida y resolver la situación de riesgo. Alejarse del alcohol, cuando el impulso está presente, es el mecanismo más eficaz para evitar el paso al acto y facilitar la atenuación del impulso. Este proceso se va a favorecer con la realización de conductas alternativas, que actúan como elementos de distracción y que cada paciente ha ido descubriendo las que le funcionan, ya sea de motu proprio, por que ha visto que le funcionan a otras personas que tienen el mismo problema, o porque las ha incorporado tras un proceso de entrenamiento terapéutico. La búsqueda de ayuda se debe dirigir, en un primer momento y si eso es posible, hacia las personas de confianza de su entorno o que actúan como figuras de referencia en sus situaciones de crisis, con las que sabe que no va a beber, y si no existe esa figura o el riesgo va creciendo, y siente que no va a poder resistir el deseo, debe saber que tiene que pedir ayuda profesional. La intervención, en estas situaciones, se va a centrar en facilitar la expresión emocional, reforzar la decisión de no consumir e incrementar el control externo acortando los intervalos de citas concertadas. En muchos casos, también es necesario mitigar los estados emocionales (ansiedad, inquietud, irritabilidad, impulsividad) que suelen acompañar al impulso de bebida y que juegan un papel importante en el paso al acto. Con este fin, se utilizan benzodiacepinas sedantes (lorazepam, clorazepato, etc.), estabilizadores (gabapentina, pregabalina, topiramato), neurolépticos sedantes (tiapride, quetiapina) o medicaciones específicas (naltrexona, acamprosato). Cuando estos estados emocionales se mantienen en el tiempo, terminan generando un estado de inestabilidad emocional que generaliza las situaciones de riesgo y dificulta el mantenimiento de la decisión de no consumir, y que precisan de intervenciones farmacológicas prolongadas, ya sea con antidepresivos (ISRS u otros), o con las mismas familias de fármacos antes citadas, en función de la sintomatología dominante.

2.1.2.4. El manejo de la recaída.

En el periodo de dos años, que es la duración mínima del tratamiento base, alrededor de tres cuartas partes de los pacientes van a presentar alguna recaída (27), por lo que su manejo es una tarea cotidiana. Ante su presencia, el primer paso es analizar como se ha producido ésta, ayudando al paciente a revivir la situación: dónde estaba, cómo se sentía, qué hizo, cómo se inició el consumo, qué pasó tras consumir, qué consecuencias tuvo, cómo se sentía posteriormente, qué consecuencias tuvo en su entorno, cómo se siente ahora. Este revivir se convierte

en un dar cuenta y, al mismo tiempo, en una toma de conciencia del proceso, lo que permite al paciente y al terapeuta compartir la cadena de acontecimientos que llevaron a la recaída, fijar los momentos claves en los que la decisión de consumir se va abriendo, y revisar las estrategias de afrontamientos que se pusieron en marcha y por qué no funcionaron, y qué estrategias el paciente no decidió o no pudo poner en marcha, y porqué motivos.

Sin embargo, lo que nos va a permitir intervenir, sobre los elementos principales de la recaída, va a ser la respuesta a la pregunta: “¿A qué atribuye lo que le ha pasado?”. Lo primero que hay que señalar es que, las respuestas a esta pregunta van a estar muy condicionadas, tanto por el momento en el que se lleva a cabo ésta, a toro pasado, como por los estados emocionales que suelen estar presente los días o semanas posteriores a la recaída: sentimientos de fracaso, inutilidad, vergüenza, culpa, pero también puede dominar una euforia defensiva o sentimientos de ira y resentimiento contra personas y situaciones que son un obstáculo para seguir bebiendo y satisfacer sus deseos. Algunos autores (28) defienden la existencia de una narrativa prototipo, en la que los episodios de bebida son activados por una experiencia de pérdida, de la que el sujeto quiere escapar rápidamente, y cuyo resultado final es un sentimiento de aislamiento y la sensación de estar al borde del derrumbamiento personal. Sin embargo, en la práctica clínica nos vamos a encontrar tantos discursos como pacientes: “Salí el sábado con mis antiguos amigos y si salgo con ellos ya se que voy a beber. . .”. “Había quedado con un amigo para ver el partido del Rayo y cuando se lo dije a mi mujer, montó en cólera y a decirme que si ya estaba buscando excusas para beber, así que me dije “te vas a enterar “. . .”. No pasó nada especial, estaba en casa sola, por la mañana y me dio, luego me sentí fatal”. “Me entraron en el negocio, se llevaron la recaudación y como no encontraron mucho, destrozaron todas las vitrinas. Se que no tendría que haber bebido, fueron dos días y me siento fatal por haberle fallado...”. “Me levanto por las mañanas y pensar que tengo que volver al colegio. . . es superior a mis fuerzas. . . creo que no lo voy a superar nunca”. “No ha sido nada, una copa al salir de la oficina, bueno, luego el fin de semana me pasé un poco; pero yo creo que no tengo ningún problema”.

Más allá de lo ajustado de la atribución, hay historias más creíbles y “sinceras” que otras, y del peso que el acontecimiento relatado pudiera tener en el momento de la recaída, el contenido de este discurso no es convertirse en el foco de intervención, sino que su escucha y comprensión tienen más que ver con facilitar la expresión y el manejo de la carga emocional y con reforzar el vínculo terapéutico. Pero sobre todo, este discurso es una declaración expresa de la posición preponderante

del paciente respecto a los estímulos para la bebida, los cuales son vividos como motivos para consumir, que relatados después de la recaída se convierten en justificaciones de la misma. Esta declaración expresa ha de ser el punto de partida de nuestra intervención, que ha de ir dirigida a resituarse al paciente: convirtiendo esos “motivos para beber” en señales de alerta y, por lo tanto, en “situaciones de riesgo”, y con ello reubicar al paciente en la posición de “No puedo beber”. Además, al igual que en el manejo de las situaciones de riesgo, debemos transmitir que una recaída supone una reagudización del problema, y la manera de hacerlo es acortando el período entre consultas y aumentando el número de éstas, y con ello incrementando el control externo. Las modificaciones en el tratamiento farmacológico, dirigido a controlar los estados emocionales existentes, recordar el compromiso de no beber y reducir el deseo de consumo, también señalan al paciente lo que supone la recaída y la gravedad del hecho.

2.1.3. El final del tratamiento

No es un proceso sencillo fijar la finalización del tratamiento de un problema como la dependencia alcohólica, en la que la mayor parte de los estudios de seguimiento a largo plazo encuentran tasas de abstinencia en torno al 25% (29). Esto ha llevado a algunos autores, como Vaillant (30), a plantear una función del tratamiento similar a la que cumple en otras enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión, es decir: funciones de estabilización, mantenimiento, y resolución de crisis y recaídas. Sin embargo, estos mismos estudios también han constatado la estabilidad a largo plazo de los patrones de evolución, sobre todo del status de abstinencia cuando se mantiene más de un año (31,32,33). En esta misma línea van los resultados de nuestro estudio de seguimiento a 5-7 años (12), en el que encontramos que el cumplir los criterios para el alta (al menos dos años de tratamiento, con al menos el último año en abstinencia absoluta) era el mejor factor predictivo de una buena evolución. Este es el criterio orientativo que vamos a utilizar para plantearles el fin del tratamiento, a los pacientes. En este punto, el ritmo de consultas ya es bajo, como mucho una cada dos meses, ya se suele haber producido y consolidado un cambio importante en sus hábitos de vida, sobre todo los ligados al consumo de alcohol, y aunque el alcohol puede aparecer en su cabeza, incluso como deseo de beber, no le resulta difícil decir que no. En nuestro estudio, antes reseñado, de los 161 pacientes que empezaron el tratamiento, una cuarta parte cumplían el criterio de alta al finalizar el programa de dos años, y este mismo porcentaje seguían en el programa desde hacía más de cinco años.

El fin de la terapia puede tener finales distintos, todos ellos naturales. Los hay que se ajustan al procedimiento y, en la despedida, se revisan objetivos y logros, y se formaliza el compromiso de reanudar el tratamiento si el problema reaparece. En otros casos, los pacientes prefieren mantener, aunque sea, un mínimo contacto, una o dos veces al año, a pesar de acumular años de abstinencia. A veces, porque dudan de sus propias fuerzas, en otras porque siguen necesitando compartir con nosotros que les va bien o, únicamente, mostrarnos de lo que han sido capaces y escuchar de nosotros que lo han hecho muy bien, que lo han conseguido. Y también los hay que dejan de venir a la última o últimas consultas concertadas; eso no implica que les vaya a ir peor que a los grupos anteriores. Por distintos motivos, no les gustan las despedidas.

BIBLIOGRAFÍA.

- (1) Malka R, Fouquet P, Vachonfrance G. Manual de alcoholología. Barcelona: Masson S.A., 1988.
- (2) Zimberg S, Wallace J, Blume SB, eds. Practical approaches to alcoholism Psychotherapy. 2nd ed. New York: Plenum Press, 1985.
- (3) Marlatt GA, Gordon JR, editors. Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. New York: Guilford Press, 1985.
- (4) García R. Programa de prevención de recaída en dependientes del alcohol. En: Macía D, Méndez FX, Olivares J, editors. Intervenciones psicológicas: programas aplicados de tratamiento. Madrid: Pirámide, 1993; p. 231-35.
- (5) Davidson R, Rollnick S, Mc Ewan I, editors. Counselling problem drinkers, New York: Routledge, 1991.
- (6) Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior. New York: Guilford Press, 1991.
- (7) Tiebout HM. Alcoholics Anonymous: an experiment of nature. Q J Stud Alcohol 1961; 22:52-68.
- (8) Kaufman E. Clinical aspects of the psychodynamics of substance abuse and the evaluation of their application to a psychotherapeutic approach. Int J Addiction 1991; 25 (2A): 97-116.
- (9) Litman GK, Eiser JR, Dawson NSB, Oppenheim AN. Toward a typology of relapse: A preliminary report. Drug Alc Dep 1977; 2:157-162.
- (10) Marlatt GA, Gordon JR. Determinants of relapse: implications for the maintenance of behavior change. En: Davidson P, Davidson S, editors. Behavioral Medicine: Changing health lifestyles. New York: Brunner/Mazel, 1980; p. 410-52.
- (11) Bandura A. Teoría del aprendizaje social. Madrid: Espasa-Calpe S.A., 1984.
- (12) Cuadrado P. Respuesta al tratamiento y evolución en la dependencia alcohólica. Seguimiento 5-7 años. Arch Neurobiol (Madr) 1999; 62 (4):301-312.
- (13) Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and process of selfchange of smoking: toward an integrated model of change. J Consult Clinical 1983; 51:390-395.
- (14) Prochaska JO, DiClemente CC. Toward a comprehensive model of change. En: Miller WR, Heather N, editors. Treating addictive. Processes of change. New York: Plenum Press, 1986; p. 3-27.

- (15) Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction* 1993; 88:315-336.
- (16) Kamenetzky GV, Mustaca AE. Modelos animales para el estudio del alcoholismo. *Terapia psicológica* 2004; 23 (1): 65-72.
- (17) Worden JW. El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia. Buenos Aires: Paidós, 1998.
- (18) Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La perspectiva integradora en la psicoterapia. Una reflexión desde la práctica pública. En: Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B, coords. *Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, Estudios/19, 1997; p. 15-141.
- (19) Spanagel R. Alcohol addiction research: from animal models to clinics. *Best Practice & Research* 2003; 4:507-518.
- (20) Watzlawick P, Weakland JH, Fisch R. Cambio. Barcelona: Editorial Herder, 1982.
- (21) Cuadrado P. Evolución de la dependencia alcohólica en tratamiento. Factores predictivos en un seguimiento de 5 a 7 años. *Adicciones* 1998; 10:335-341.
- (22) Cuadrado P, García R, Cadavid C, Lafarga C, Pata MD, Noval MJ. Tratamiento del alcoholismo en un Centro de Salud Mental: datos de seguimiento a uno, tres y seis meses. *Psiquiatría Pública* 1993; 5(3):176-184.
- (23) Robinson TE, Berridge KC. The neural basis of drug craving: An incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Research Reviews* 1993; 18:247-291.
- (24) Volkow ND, Ting-Kai L. Drug addiction. The neurobiology of behaviour gone awry. *Nature Neuroscience Reviews* 2004; 5:963-970.
- (25) García R, Cuesta P, Cuadrado P. Evaluación de dos modalidades de intervención en alcohólicos: seguimiento a tres años. *Adicciones* 1995; 7(2):131-148.
- (26) Balcells, M, Gual A. Farmacoterapia de la deshabitación alcohólica. Nuevos fármacos, nuevos conceptos. *Adicciones* 2002; 14 (Supl. 1):439-448.
- (27) Cuadrado P, García R, Pata MD, Noval MJ. Tratamiento de alcohólicos en un programa comunitario. Resultados a los 6 meses, 1 año y 2 años. *Adicciones* 1995; 7 (2):169-177.
- (28) Gonçalves OF, Alves RA, Soares I, Duarte ZT. Narrativas prototipo y psicopatología: un estudio con pacientes alcohólicos, anoréxicas y opiáceo-dependientes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 1996; 1(2):105-114.
- (29) Gual A, Lligón A, Colom J. Five-year outcome in alcohol dependence. A naturalistic study of 850 patients in Catalonia. *Alc & Alcoholism* 1999; 34:183-192.
- (30) Vaillant GE. What can long-term follow-up teach about relapse and prevention of relapse, in addiction? *Br J Addiction* 1988; 83:1147-1157.
- (31) Feuerlein W, Küfner H. A prospective multicentre study of in-patient treatment for alcoholics: 18 and 48 month follow-up (Munich evaluation for Alcoholism Treatment), MEAT. *Eur Psychiatry Neurol Sci* 1989; 239:144-157.
- (32) Längle G, Mann K, Mindle G, Schied HW. Ten years after the post-treatment course of alcoholism. *Eur Psychiatry* 1993; 8: 95-100.
- (33) Vaillant GE. The natural history of alcoholism revisited. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1995.

3.3.- Reflexiones sobre los hallazgos en investigación farmacológica de aplicación en las Adicciones.

Luis F. Callado

La investigación farmacológica enfocada al conocimiento y el tratamiento de las adicciones se ha centrado tradicionalmente en dos grandes líneas. Por una parte se ha tratado de investigar que alteraciones biológicas existían en los pacientes adictos con el fin de encontrar dianas terapéuticas novedosas para el tratamiento de las adicciones. En segundo lugar la investigación farmacológica se ha dedicado al desarrollo y evaluación de nuevos fármacos que pudieran ser efectivos para el tratamiento de los pacientes adictos. Sin embargo, a día de hoy podemos constatar que si bien hemos avanzado bastante en el conocimiento de las bases biológicas de la adicción, este avance no se ha visto correspondido con el desarrollo de nuevos fármacos eficaces y efectivos para el tratamiento de las adicciones. Esta aparente divergencia puede tratar de explicarse por diferentes factores. En general, un primer elemento a tener en cuenta es que dicha divergencia no es exclusiva del mundo de las adicciones sino que afecta en mayor o menor medida a la mayoría de las patologías. Las últimas décadas han producido una ingente cantidad de información científica sobre la etiopatogenia de la mayoría de las enfermedades humanas. Sin embargo, los avances en el tratamiento y curación de dichas enfermedades no parecen avanzar al mismo ritmo. Desde principios de este nuevo milenio el número de nuevos medicamentos aprobados anualmente ha ido disminuyendo año tras año. Además, la obtención de medicamentos realmente innovadores es un hecho cada vez más infrecuente, y la mayoría de compañías se limitan a desarrollar diferentes variantes de grupos farmacológicos ya existentes en la clínica. Este fenómeno es conocido como “me too” o “me again”. Todo este proceso se ha visto claramente agravado por la actual crisis que ha generado que las compañías farmacéuticas vean mermados sus ingresos y por ello reduzcan enormemente sus inversiones en I+D. Pero además, en el caso concreto de las adicciones hay que sumar a esta tendencia generalizada la existencia de factores de otro tipo que agravan esta situación.

De todos es conocido que el propio hecho de catalogar las adicciones como una patología más que debiera ser abordada de una manera similar a lo que lo se-

rían otras afecciones como la hipertensión o la epilepsia, sigue generando todavía polémica en diversos sectores de la Sociedad. En pleno siglo XXI todavía es difícil desterrar el estigma de “vicio” o “pecado” que han arrastrado las toxicomanías durante cientos de años. Esta situación ha lastrado sin duda los esfuerzos de la investigación farmacológica por descubrir nuevas dianas terapéuticas y por desarrollar nuevos fármacos para el tratamiento de la adicción. Durante años ha sido difícil explicar a ciertas autoridades el porqué de la necesidad de invertir recursos en la investigación de las adicciones. Y sin duda, muchas de las grandes multinacionales farmacéuticas tampoco han apostado por la búsqueda de nuevos medicamentos para el tratamiento de estas patologías. Cuestiones de marketing no hacían atractivo el que el nombre de una empresa farmacéutica multinacional se asociara al tratamiento de personas adictas a drogas como la cocaína o la heroína, dado el rechazo social que producían estos pacientes. Además, cuando la adicción es considerada únicamente como un fallo de conducta y su tratamiento se enfoca exclusivamente a revertir ese comportamiento “inadecuado”, puede que el paciente minimice o incluso repudie el potencial beneficio que podría obtener de un tratamiento farmacológico. La traslación económica de esta percepción dentro de la industria farmacéutica es que este tipo de pacientes van a proporcionar un pobre retorno en términos de beneficios económicos que no compensaría los costes y el riesgo de apostar por el desarrollo de nuevos fármacos para esta patología.

Por todo ello la escasa salida al mercado de fármacos eficaces para otras patologías, se ha convertido en un práctico desierto en el caso de las toxicomanías. De este modo, el arsenal terapéutico del que disponemos para tratar eficazmente los trastornos por uso de sustancias no se ha incrementado sustancialmente en los últimos años. Además, en muchos de los casos ni siquiera disponemos de un solo fármaco que haya probado de manera adecuada su eficacia para facilitar la deshabitación del consumidor. Desde esta perspectiva la contribución de la investigación farmacológica al conocimiento de las adicciones no se ha traducido de una manera directa en los últimos años, salvo honrosas excepciones, en una mejora significativa de las herramientas farmacológicas a disposición de los clínicos para hacer frente a esta patología.

Por todo ello en la presente ponencia más que lamentarnos por los escasos frutos prácticos que ha aportado todo el conocimiento farmacológico obtenido en los últimos años, vamos a centrarnos en ciertos aspectos que pueden aportar cierta luz al final del túnel. El objetivo principal es hacer una reflexión crítica sobre lo que aproximaciones novedosas como las vacunas o la farmacogenética pueden aportar al futuro tratamiento de las adicciones.

La búsqueda de nuevas dianas terapéuticas

Como se ha comentado previamente, uno de los pilares fundamentales de la investigación farmacológica en adicciones es la búsqueda de alteraciones bioquímicas o fisiológicas en los diferentes componentes del cuerpo humano que puedan estar relacionadas con la etiopatogenia de las toxicomanías, y que puedan constituir por tanto nuevas dianas terapéuticas para su tratamiento. Dentro de este campo se ha generalizado durante los últimos años la utilización de modelos animales para el estudio de las bases biológicas de las adicciones. El avance de la genética y la genómica permite hoy en día crear modelos de animales “a la carta”, donde se han realizado alteraciones genéticas que permiten reprimir o estimular la síntesis de una o varias proteínas (receptores, enzimas...). Todo ello ha dado lugar a la proliferación de miles de ratones knock-out y knock-in en los que experimentar los efectos de las diferentes drogas de abuso. Esta aproximación permite estudiar dianas moleculares específicas y valorar la contribución de cada una de ellas a los diferentes efectos producidos por las drogas de abuso. Sin embargo, sin menospreciar los aportes que este tipo de experimentos han realizado al conocimiento del mecanismo de acción de las diferentes sustancias, es indudable que el tratar de extrapolar estos resultados de manera directa a la realidad de los pacientes adictos resulta incorrecto. No debemos olvidar que todas estas manipulaciones genéticas producen a su vez cambios compensatorios en el organismo del animal difíciles de prever. Además, muchas de las dianas en estudio no se expresan en la misma cantidad ni en las mismas regiones cerebrales en humanos y en los diferentes tipos de animales. Por ello a la hora de valorar una diana específica en un modelo animal es imprescindible escoger no solo la especie adecuada, sino dentro de ésta la raza o cepa más convenientes. Por ejemplo, los ratones se caracterizan por una enorme variabilidad genotípica y fenotípica, habiéndose descrito en la actualidad más de 450 variedades diferentes. Además, en general, los patrones de administración de drogas en estos modelos animales (dosis y pautas fijas, compuestos puros, ambientes controlados...) poco se parecen a los de los pacientes reales. Por ello no es de extrañar la dificultad que existe muchas veces en tratar de validar o reproducir en el ser humano estos hallazgos obtenidos a partir de modelos animales.

Dentro de este contexto, no debemos olvidar que las adicciones son un patología básicamente humana, y que por tanto debemos centrarnos en el humano para tratar de desentrañar sus causas.

Y dentro de nuestro organismo el cerebro es sin duda el órgano clave en todo lo que hace relación a los procesos de adicción a cualquier tipo de sustancia. Por lo tanto, lo que hoy conocemos en relación con la etiopatogenia y la fisiopatología de las adicciones es, sobre todo, fruto del estudio directo del cerebro de los individuos afectados. La descripción de alteraciones morfológicas, déficits funcionales e incluso cambios moleculares que, aunque controvertidos, nadie puede negar en nuestros días como presentes en el cerebro de los pacientes adictos, son producto principalmente del enorme avance de las técnicas de neuroimagen in vivo, y del uso del tejido cerebral postmortem como sustrato clave de la enfermedad. De este modo, actualmente no se concibe investigación translacional alguna sin el contraste de resultados sobre tejidos humanos patológicos y sus correspondientes controles. Sin embargo, la capacidad de resolución actual de la mayoría de técnicas de neuroimagen in vivo todavía está lejos de permitirnos el acceso a niveles moleculares que nos permitan adentrarnos en los cambios más importantes generados por el abuso de diferentes tipos de sustancias adictivas. Por todo ello, algunos de los interrogantes sobre la etiopatogenia de las adicciones solo pueden ser descifrados mediante la utilización de tejido cerebral postmortem (1). Por ejemplo, en los últimos años se ha demostrado que la epigenética representa la encrucijada donde confluyen herencia biológica, desarrollo fetal, impronta social y acontecimientos vitales. Así, sabemos que la actividad de múltiples genes es modulada por las influencias epigenéticas que pueden afectar a las células del sistema nervioso central de manera diferente a otros tejidos, haciendo del individuo y su enfermedad una entidad singular de difícil estudio biológico con tejidos ajenos al sistema nervioso. Probablemente, el papel que ejercen las influencias epigenéticas en la etiopatogenia de las adicciones es el mejor argumento a esgrimir en la actualidad por los defensores del uso de tejido cerebral postmortem en la investigación en el ámbito de la Psiquiatría Biológica (1).

La eterna esperanza de la vacuna

Los medicamentos actualmente utilizados para el tratamiento de las adicciones se componen principalmente de fármacos que actúan o tratan de actuar sobre las mismas dianas biológicas sobre las que operan las drogas de abuso. Una estrategia novedosa que se ha empezado a desarrollar recientemente es la utilización de productos biológicos para el tratamiento tanto de los procesos de adicción a drogas como de los casos de sobredosis (2). Se denomina productos biológicos a una

serie de moléculas complejas (toxinas, vacunas, enzimas...) que no atraviesan la barrera hematoencefálica y por tanto no ejercen ningún efecto a nivel del sistema nervioso central. Estos compuestos funcionarían a nivel periférico impidiendo el acceso de las drogas al cerebro, y por tanto imposibilitando que estas actuaran sobre los sistemas de recompensa cerebrales. De este modo, al impedir el efecto farmacológico de las drogas desaparecería su poder adictivo, llegándose a la extinción del consumo por parte del paciente. Del mismo modo, impedirían los efectos centrales consecuencia de una hipotética sobredosis de cualquier droga de abuso, limitando así su riesgo sobre la salud.

Dentro de este grupo de productos biológicos los compuestos cuyo desarrollo parece más avanzado son las vacunas (3). Las vacunas tendrían como misión estimular el sistema inmune del paciente para que identificara a la droga como un antígeno. Los anticuerpos generados formarían un complejo antígeno-anticuerpo con la droga que por su tamaño impediría el acceso de esta al cerebro, perdiendo por tanto su efecto adictivo. Se han probado ya en modelos animales diversas vacunas contra anfetamina, cocaína, heroína y nicotina. Sin embargo hasta el momento los ensayos en humanos solo se han realizado con vacunas para la adicción a cocaína y nicotina.

Los resultados de los ensayos clínicos realizados con vacunas para la cocaína o la nicotina han demostrado una eficacia modesta y directamente relacionada con el nivel de anticuerpos generados en cada paciente. Además en todos los ensayos realizados se ha observado una enorme variabilidad entre individuos en la respuesta inmune que condiciona la efectividad del producto. Este hecho genera enormes dudas a la hora de plantear la posibilidad de generalizar el uso de estas vacunas a toda la población afectada.

Parece existir un claro consenso sobre el hecho de que la existencia de una vacuna efectiva que impidiera a largo plazo el acceso de las drogas al cerebro, sería una herramienta fundamental para favorecer el cese del consumo y evitar las recaídas. La cuestión que se plantea es si es técnicamente posible a corto-medio plazo desarrollar una vacuna con suficiente actividad y duración para suponer un salto cualitativo en el tratamiento de las adicciones (4).

Para empezar, una vacuna efectiva debiera tener una acción duradera que no requiriera frecuentes administraciones de nuevas dosis. Los ensayos realizados hasta el momento han demostrado que las vacunas actuales requieren la administración de repetidas dosis de refuerzo para mantener niveles adecuados de anticuerpos. Por tanto, uno de los principales retos para mejorar la eficacia de las vacunas

es no solo que aumenten la proporción de pacientes respondedores y la magnitud de la respuesta inmunitaria, sino que estos niveles necesarios de anticuerpos se mantengan durante largos periodos de tiempo con el fin de bloquear el acceso de la droga al cerebro el tiempo suficiente para que desaparezcan los componentes comportamentales de la adicción.

Por otra parte, otro de los puntos débiles de las vacunas es que los individuos con una función inmune alterada, como los enfermos de SIDA, o que presenten patologías crónicas que pudieran afectar a la respuesta inmune no serían candidatos para la utilización de esta terapia, lo que afectaría directamente a grandes poblaciones de adictos en nuestro entorno.

Finalmente no debemos olvidar que por el momento las vacunas desarrolladas o en proceso de desarrollo son exclusivamente efectivas produciendo anticuerpos contra un solo tipo de sustancia. Por el contrario, la realidad indica que la mayoría de los pacientes susceptibles de beneficiarse de este tipo de tratamientos son policonsumidores de diferentes tipos de sustancias. En consecuencia, sería deseable que las nuevas vacunas que se desarrollen fueran eficaces contra múltiples drogas de abuso, facilitando así los procesos de deshabituación de pacientes politoxicómanos.

La farmacogenética y la promesa de la medicina personalizada

Durante muchos años se ha pensado que las diferencias interindividuales que condicionaban en cada paciente la dosis necesaria para obtener una respuesta terapéutica o el riesgo de aparición de efectos adversos, eran consustanciales a la práctica médica y debían ser superadas mediante un sistema de prueba error basado en la experiencia del médico. Sin embargo, con el desarrollo de la genética y la genómica tras la descripción del genoma humano se ha observado que gran parte de esas diferencias interindividuales en la respuesta a un fármaco se deben a las variaciones genéticas de cada paciente.

La principal fuente de variabilidad entre los genomas de dos seres humanos procede de los polimorfismos de un sólo nucleótido, conocidos como SNPs. Sin embargo, de los más de un millón de SNPs descubiertos hasta el momento solo una pequeña parte son capaces de modificar la farmacocinética de algún fármaco o la respuesta al mismo por parte del individuo. Por ello son relativamente pocos los SNPs conocidos actualmente que tengan realmente una relevancia clínica. No obstante, la posibilidad de detectar su presencia en cada individuo podría condi-

cionar el proceso de selección de medicamentos, ayudando a adaptarlo en función del perfil genético del paciente, eliminando por tanto la incertidumbre sobre la respuesta individualizada a cada medicamento.

El concepto de medicina personalizada se basa por tanto en el hecho de que cada paciente es diferente y debe ser tratado de manera distinta por parte de su médico. Dentro de este contexto, la farmacogenética estudia el vínculo entre la variabilidad genética de cada individuo y su respuesta a los fármacos. El objetivo final es que la prescripción de un medicamento determinado no se base solo en la experiencia previa y los conocimientos del médico, sino en datos científicos objetivos sobre el perfil genético de cada paciente. De hecho estaríamos hablando de una prescripción personalizada que en la clínica se traduciría en una selección personalizada del fármaco y la dosis más adecuados para cada paciente (5). Para ello resulta clave conocer la presencia o no en cada paciente de los polimorfismos ya descritos en la literatura científica que modifican la respuesta del fármaco, o el riesgo de aparición de efectos adversos. Es en este campo donde se introduce el concepto de “farmacochip”.

Los denominados farmacochips estarían diseñados para detectar la presencia en una muestra biológica del paciente (sangre, saliva,...) de diversos SNPs que pudieran modificar la respuesta del paciente al fármaco, o el riesgo de aparición de efectos adversos. Actualmente, las plataformas más avanzadas de esta tecnología de microarrays de ADN permiten testar en un mismo chip más de medio millón de SNPs (6).

El primer farmacochip aprobado por la FDA fue el AmpliChip CYP450 desarrollado por Roche. Este microarray contiene más de 15000 sondas de oligonucleótido que permiten detectar la presencia de 20 alelos del citocromo *CYP2D6*, 7 duplicaciones del mismo, y 3 alelos del *CYP2C19*. El citocromo *CYP2D6* es un miembro del complejo enzimático P450 y participa en el metabolismo de numerosos psicofármacos. Su importancia radica en que es altamente polimórfico, habiéndose descrito más de 60 alelos y más de 130 variaciones genéticas para el gen que lo codifica. Estos diferentes alelos pueden dar lugar a enormes diferencias en el nivel de actividad de este enzima. Los fenotipos existentes van desde el metabolizador lento cuya actividad *CYP2D6* es prácticamente inexistente, hasta el metabolizador ultrarrápido que presenta varios alelos activos que inducen una enorme actividad enzimática de este citocromo (7). Se calcula que solo en Europa entre 20 y 30 millones de personas presentan polimorfismos que impiden o limitan la síntesis del citocromo *CYP2D6*, por lo que carecerían de su capacidad enzimática siendo metabolizadores

lentos. Por el contrario, entre 15 y 20 millones de sujetos poseen una duplicación del gen que codifica este enzima, por lo que su capacidad enzimática sería mucho mayor de la normal convirtiéndolos en metabolizadores ultrarrápidos. En el primer caso, si administramos un psicofármaco que se metaboliza a través de este citocromo a un paciente que es un metabolizador lento, el metabolismo de este fármaco estaría reducido o impedido por lo que el fármaco se acumularía en el paciente pudiendo producir efectos tóxicos. En el caso de un metabolizador ultrarrápido, por el contrario, el uso de una dosis estándar del psicofármaco no produciría el efecto esperado debido a su anormalmente rápido metabolismo. Estaríamos en este caso hablando erróneamente de un paciente no-responder a ese fármaco. Así, se ha demostrado, por ejemplo, que el fenotipo metabolizador ultrarrápido es 10 veces más común entre los pacientes no respondedores al tratamiento antidepresivo que entre aquellos que sí responden.

Por otra parte, además de reducir la incidencia de efectos adversos también se trata de mejorar la respuesta al tratamiento mediante la detección de SNPs que pueden modificar la síntesis de proteínas directamente relacionadas con el mecanismo de acción de los fármacos o con su acceso al cerebro. En esta línea se trata de identificar a aquellos pacientes con variantes genéticas que impidan la síntesis correcta de aquellos receptores o transportadores diana de los diferentes psicofármacos, o que produzcan proteínas con una funcionalidad inferior a la existente en la población normal. Igualmente, se investigan variaciones genéticas que alteran la síntesis de las proteínas transportadoras que regulan el acceso de los psicofármacos al cerebro a través de la barrera hematoencefálica. Las variaciones en la cantidad de fármaco, por encima o por debajo de la deseada, que llega al sistema nervioso central reduce la eficacia del tratamiento. Identificando previamente a los pacientes con estas variaciones genéticas que alteran el paso de determinados psicofármacos al sistema nervioso central, se puede ajustar la dosis del fármaco obteniendo así una mayor probabilidad de éxito del tratamiento (8).

En la actualidad existen ya en nuestro medio diferentes farmacochips comercializados o en proceso de comercialización. Entre ellos destacan el *neurofarmagen*, un test genético desarrollado por AB-Biotics que analiza diferentes SNPs relacionados con la farmacocinética y la farmacodinamia de los fármacos más habitualmente utilizados en psiquiatría, el *BRAINchip*, que permite identificar los principales polimorfismos del citocromo CYP450 que modifican el metabolismo de antidepresivos y antipsicóticos; o el *PharmaTyping-Neuro*, un test que analiza 91 SNPs en un total de 38 genes relacionados con la farmacogenética de 66 fármacos empleados en la

actualidad para el tratamiento de enfermedades neuropsiquiátricas. Probablemente en los próximos años asistiremos a la proliferación de multitud de farmacochips que analizarán diferentes variaciones genéticas que puedan influir en la respuesta de cada paciente al tratamiento farmacológico.

¿Es la farmacogenética la panacea?

Si bien es indudable que la farmacogenética y la farmacogenómica han aportado y van a aportar en el futuro mejoras en el conocimiento de nuestros pacientes que puedan ayudarnos a tomar una mejor decisión terapéutica, tampoco podemos pretender que se conviertan a corto-medio plazo en la solución de todos nuestros males. En este sentido es necesario valorar cuidadosamente cual es el valor añadido que los farmacochips pueden aportar a día de hoy para una mejora en el proceso de decisión terapéutica razonada (5).

Tradicionalmente, la utilidad de los test diagnósticos se ha valorado teniendo en cuenta los conceptos de sensibilidad y especificidad. A la hora de determinar la verdadera utilidad de los test genéticos el primer elemento que debemos tener en cuenta es su validez analítica. Se supone que el objetivo de un farmacochip es detectar la presencia de aquellas variaciones genéticas que puedan modificar la respuesta de un fármaco. El primer escollo con el que nos encontramos es que todavía no conocemos todos aquellos polimorfismos que pueden influenciar el efecto de un determinado medicamento. Solo en el caso del citocromo *CYP2D6* se han descrito hasta el momento más de 130 variaciones genéticas (incluyendo SNPs, deleciones y multiplicaciones) que combinadas producen más de 60 alelos diferentes. Y cada día se publican nuevos artículos que describen más variaciones genéticas que modifican la respuesta farmacológica de uno o varios fármacos. Por ello los diseños de los farmacochips comerciales van siempre por detrás de la ciencia y en cada momento solo reconocen algunas de las variaciones genéticas descritas por los investigadores.

En segundo lugar debemos valorar la validez clínica de los test genéticos, o lo que es lo mismo su capacidad de transformar los resultados del propio test en respuestas clínicamente significativas y generalizables (9). Aquí el principal problema es que todavía carecemos de la información suficiente para asociar las diferentes variaciones genéticas con distintos fenotipos que sean además universales. En este sentido las enormes diferencias genéticas entre las diferentes poblaciones y las distintas razas suponen un factor limitante en la implementación de los farmacochips a nivel clínico.

En tercer lugar resulta imprescindible plantearse la utilidad clínica de estos test (9). Si bien es indudable que las variaciones genéticas suponen un componente imprescindible de la variabilidad individual en la respuesta a un fármaco, también es cierto que existen otras variables que contribuyen a dicha variabilidad. No podemos olvidar que existen numerosos factores ambientales que contribuyen a modificar la respuesta de cada paciente a un determinado tratamiento. Desde factores fisiológicos como edad, sexo o costumbres alimentarias, hasta la existencia de otras patologías concomitantes pueden sin duda modificar la respuesta a un fármaco. Son de sobra conocidas las alteraciones que la edad produce en diferentes órganos, o en zonas de intercambio como la mucosa gástrica o la barrera hematoencefálica que pueden alterar la absorción de un fármaco o su acceso al cerebro. Del mismo modo cada día conocemos más sustancias y alimentos que pueden interaccionar con los medicamentos modificando su absorción, su metabolismo o incluso su eliminación del organismo. Todos estos factores van a modificar la respuesta del paciente al tratamiento independientemente de su perfil genético.

Otro elemento que ha irrumpido con fuerza en los últimos años son los factores epigenéticos. Por medio de la regulación epigenética se puede observar cómo es la adaptación al medio ambiente dada por la plasticidad del genoma, la cual tiene como resultado la formación de distintos fenotipos según el medio ambiente al que sea expuesto el organismo. Estas modificaciones presentan un alto grado de estabilidad y son heredables. En este contexto, la información que se pueda obtener de los test genéticos actuales sobre polimorfismos individuales estará mediatizada por la regulación de esos genes que puedan realizar modificaciones a nivel epigenético. Finalmente, otro de los puntos a tener en cuenta a la hora de valorar la aportación de los test farmacogenéticos es su eficiencia a la hora de reducir los costes sanitarios. Diferentes estudios han demostrado que los pacientes que presentan polimorfismos que los convierten en metabolizadores lentos o ultrarrápidos suponen un mayor gasto sanitario que pacientes con características clínicas similares pero con un genotipo metabolizador normal. Estos pacientes metabolizadores extremos tienen una mayor tasa de no respuesta al tratamiento, una mayor aparición de efectos adversos asociados al medicamento, y en general mayor número de hospitalizaciones y de más larga duración. Los escasos estudios realizados hasta el momento sobre coste-efectividad de la utilización de test genéticos en pacientes psiquiátricos parecen apuntar a que su uso podría reducir el coste sanitario. Sin embargo, esta reducción en el gasto se produciría exclusivamente en aquellos grupos de pacientes metabolizadores extremos, sin que afectase significativamente a

la población general. Por tanto, son necesarios nuevos estudios para demostrar si el uso generalizado de este tipo de test compensaría realmente desde un punto de vista económico, o debieran ser circunscritos exclusivamente a aquellas poblaciones donde exista una sospecha de que alteraciones genéticas individuales pudieran estar provocando una respuesta anormal al tratamiento.

Conclusión

En conclusión observamos como si bien la aportación en los últimos años de la investigación farmacológica al conocimiento de las bases biológicas de las adicciones ha sido notable, este conocimiento no se ha visto reflejado en el desarrollo de nuevas terapias farmacológicas para esta patología. El gran reto que se nos plantea por tanto es el transformar las grandes expectativas que abren nuevas aproximaciones como las vacunas o la farmacogenética, en una mejora real de la efectividad de los tratamientos disponibles para estos pacientes.

Agradecimientos

La actividad investigadora del autor está financiada en parte por el Gobierno Vasco (IT616-13), la Universidad del País Vasco (UFI 11/35), y el Instituto de Salud Carlos III, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Meana JJ, Callado LF, Morentin B. ¿Qué aportan a la Psiquiatría los estudios en cerebro post mórtem? *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 7:101-103 (2014).
- 2- Montoya ID. Advances in the development of biologics for treat drug addictions and overdose. *Adicciones* 24:95-104 (2012).
- 3- Brimijoin S, Shen X, Orson F, Kosten T. Prospects, promise and problems on the road to effective vaccines and related therapies for substance abuse. *Expert. Rev. Vaccines* 12:323-332 (2013).
- 4- Shen X, Orson FM, Kosten TR. Vaccines for drug abuse. *Clin. Pharmacol. Ther.* 91:60-70 (2012).
- 5- De Leon J. Pharmacogenomics: the promise of personalized medicine for CNS disorders. *Neuro-psychopharmacology* 34:159-172 (2009).
- 6- Costa e Silva JA. Personalized medicine in psychiatry: new technologies and approaches. *Metabolism* 62:S40-S44 (2013).
- 7- De Leon J, Armstrong SC, Cozza KL. Clinical guidelines for psychiatrists for the use of pharmacogenetic testing for CYP450 2D6 and CYP450 2C19. *Psychosomatics* 47:75-85 (2006).

- 8- Sturgess JE, George TP, Kennedy JL, Heinz A, Muller DJ. Pharmacogenetics of alcohol, nicotine and drug addiction treatments. *Addict. Biol.* 16:357-376 (2011).
- 9- Swen JJ, Nijenhuis M, de Boer A, Grandia L, Maitland-van der Zee AH, Mulder H, Rongen GA, van Schaik RH, Schalekamp T, Touw DJ, van der Weide J, Wilffert B, Deneer VH, Guchelaar HJ. Pharmacogenetics: from bench to byte—an update of guidelines. *Clin. Pharmacol. Ther.* 89:662-673 (2011).

3.4.- Contextos de vulnerabilidad y actuaciones con personas en riesgo de exclusión social.

Nabil Sayed Ahmad Beiruti

Introducción.

Es bastante frecuente hablar de *población*, cuando se refiere a las personas sometidas a situaciones de vulnerabilidad, en lugar de *colectivos o grupos*, a mi parecer, incluso, es más apropiado hablar de *personas*. Por ejemplo se menciona la población inmigrante, en lugar de personas inmigrantes, cuando quién está en riesgo de exclusión social o vive en situación de vulnerabilidad son las personas inmigrantes y no la población; es cierto que la inmigración es un proceso caracterizado por múltiples estresores; también lo es, que la población inmigrante alberga en su seno a diferentes grupos que viven en distintas situaciones. Se trata por tanto de una población transversal, heterogénea, multiétnica, pluricultural y estratificada socialmente; dentro de ella podemos encontrar personas con riesgo de exclusión social o no, personas con enfermedad mental o no, personas con problemas de adicción o no, etc. Como ocurre en otros grupos etarios (ancianos, adolescentes) y de género.

Contextos de vulnerabilidad

Conviene aclarar que, en este capítulo, cuando se habla de *vulnerabilidad*, no sólo se está refiriendo al "...conjunto de limitaciones, hándicaps, que posee un sujeto y constituyen un factor de riesgo para su salud mental" (1), o sea a las que el sujeto padece como consecuencia de discapacidades biológicas o genéticas, o graves problemas psicológicos y mentales. Sino también a las graves dificultades sociales que se producen en situaciones estresantes, como la inmigración irregular, personas sin hogar, prostitución, personas encarceladas, mujeres que sufren violencia de género, etc., que producen un conjunto de estresores, y que podemos considerar como *situaciones vulneradoras*. Es decir que el concepto de vulnerabi-

lidad no sólo abarca las limitaciones individuales sino también las dificultades sociales actuales. Existe una relación bidireccional, de mutua influencia y dependencia, entre todas estas áreas que configuran al sujeto, es decir que se puede pasar de una vulnerabilidad orgánica a otra psicológica y/o sociocultural y viceversa, es posible tener un solo tipo de vulnerabilidad o varios.

Otro aspecto importante a considerar de la vulnerabilidad, es su relación con la autonomía personal, porque “el ser humano se encuentra en condiciones de debilidad que pueden alterar su autonomía. Por eso este principio, [el de la vulnerabilidad], ha de completarse con el de autonomía. Es el propio sujeto autodeterminándose libremente el que decide que es lo correcto y lo bueno para sí” (2). Una de las consecuencias de la vulnerabilidad, por tanto, es esa falta de autonomía que condiciona al sujeto y limita su capacidad de decisión, de adaptación, de afrontamiento y de búsqueda de soluciones a las dificultades.

Los contextos de vulnerabilidad afectan tanto a los individuos como al conjunto de la familia, a su interacción interna como con el contexto social, debido a las siguientes causas, según Barudi (3):

1. El impacto de los sucesos estresantes y/o traumáticos en cada uno de los miembros de la familia. En los adultos la angustia y el desbordamiento puede afectar a sus funciones parentales. En los hijos pueden dañar sus recursos para desarrollarse y seguir creciendo.
2. El impacto de la ruptura de los lazos familiares, comunitarios y sociales, y la pérdida de apoyos. Lazos que permiten calmar el dolor, elaborar el sufrimiento y dar un sentido a la experiencia.
3. El desafío y la necesidad de sobrevivir en un contexto, muchas veces, hostil por la desconfianza, el rechazo, el racismo, el estigma y la precariedad social y jurídica.
4. Resiliencia, estrés y vulnerabilidad

El concepto de resiliencia se refiere a la capacidad que tienen las personas para resistir a las contingencias de la vida, la adversidad y la enfermedad. Es, pues, la capacidad de mantener un proceso de crecimiento y desarrollo suficientemente sano y normal a pesar de las condiciones de vida adversas. Dicho de otro modo, la resiliencia es un fenómeno que manifiestan los sujetos que experimentan estrés excesivo, que implica un grave riesgo de consecuencias desfavorables, y que evolucionan favorablemente, a pesar de ello.

En general, la mayoría de los autores admiten, que hay resiliencia cuando un sujeto muestra reacciones moderadas y aceptables, si el ambiente le somete a es-

tímulos considerados nocivos. Es decir, la resiliencia es la capacidad de un sujeto para superar circunstancias de especial dificultad, gracias a sus cualidades mentales, de conducta y adaptación. Vanistendael (4), la define como "la capacidad de tener éxito de modo aceptable para la sociedad, a pesar de un estrés o de una adversidad que implican normalmente un grave riesgo de resultados negativos". Ser resiliente no consiste en atravesar una crisis sin ser *tocado* afectivamente. Se trata de un proceso complejo, un resultado, el efecto de una interacción entre el individuo y su entorno, el resultado de nutrientes afectivos, cognitivos, relacionales y éticos; y como dice Barudy (5), es una "alternativa de salud mental" y "una capacidad que emerge de las interacciones sociales, . . ."; porque "no es sólo una respuesta a los sucesos traumáticos, sino también una disposición para mantener o recuperar la salud" (3).

La resiliencia, por tanto, es un fenómeno activo y no pasivo; es el resultado de una dinámica social y no de unos atributos individuales, es "la capacidad de una persona o de un grupo para desarrollarse bien, para seguir proyectándose en el futuro a pesar de los acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves" (6).

Es posible afirmar, por todo ello, que la resiliencia tiene que ver con el apego y el buen trato, y es el resultado de la interacción entre el sujeto y su entorno sociocultural; su aspecto clave, pues, es la capacidad de estar con el otro, porque no se es resiliente uno solo ni frente a todo ni a cualquier situación. Que, a veces, la resiliencia no es posible: 1) porque los recursos internos no fueron bien fortalecidos (falta de estabilidad afectiva, falta de vínculos seguros, entorno con riesgo de maltrato, problemas graves del desarrollo); 2) porque la intensidad y la duración del trauma han afectado demasiado al sujeto; 3) porque el entorno no proporciona a la persona el apoyo, la acogida y el apego suficientes.

Sociedad, sujeto e identidad

Como sostienen muchos autores, Grinberg (7), Castilla (8), Argyle (9), y otros, la identidad del individuo está en continuo cambio, se forma mediante la interacción y las experiencias que esta genera, asimismo por la influencia de los factores socioculturales e históricos. Este proceso de formación de la identidad se realiza, básicamente, mediante el intercambio de imágenes (representaciones), de información, y la interrelación continua de los vínculos familiares y sociales, ya que como sujetos psíquicos, las personas son básicamente vínculos. Vínculos humanos

aprendidos necesariamente en contacto con los otros de quienes recibimos el afecto y los conocimientos. Esos vínculos son imprescindibles para llevar a cabo la vida en común y constituyen el modo de aminorar la fragilidad estructural de los sujetos y su vulnerabilidad.

Todos los seres humanos somos sujetos sociales en la medida que vivimos en sociedad, la consolidación de nuestro sentimiento de identidad depende de factores biológicos, socioculturales e históricos como nuestras experiencias y vivencias. El proceso de socialización e individuación, nuestra autoconciencia, depende del proceso de comunicación y la interrelación entre el Yo y el Otro, como dice Hora (citado en Watzlawick) (10) “para comprenderse a sí mismo, el hombre necesita que otro lo comprenda. Para que otro lo comprenda, necesita comprender al otro”. Este continuo proceso de ajuste, de actualización de la información acerca de la persona y su interrelación con el mundo, lleva a la adquisición de habilidades apropiadas y, eventualmente, aumenta las posibilidades de las personas de adaptación a su entorno.

El sujeto es un sistema de enorme versatilidad, es un sistema abierto, en continuo cambio y adaptación a la realidad, es por lo tanto “... un sistema constructor, ejecutor y regulador de las actuaciones mediante las cuales establece relaciones adecuadas con la realidad y consigo mismo” (11), que dispone de conocimientos a partir de los cuales comprende la realidad y adquiere el sentido de la realidad, conocimientos que son el resultado de la combinación de su historia personal, familiar y de su pertenencia sociocultural. Entendiendo la realidad como “aquello que un número lo suficientemente amplio de personas ha acordado *designar* como real” (12). La capacidad de seguir siendo la misma persona a través de la sucesión de cambios a lo largo de la vida del individuo, “es lo que caracteriza básicamente la experiencia emocional de la identidad” (7).

La consolidación del sentimiento de identidad depende tanto de los factores personales internos, como de los factores sociales y económicos externos. Además, las actitudes de los otros, la sociedad, de confirmación y/o de rechazo de la identidad, que el sujeto sostiene y presenta en la interacción, suponen un factor importante para el afianzamiento o cuestionamiento de la misma. Esta actitud es de suma importancia, en el proceso de maduración y desarrollo de la personalidad; podemos distinguir tres tipos de actitudes:

- De *aceptación, diálogo y comunicación*, facilitando así la adaptación e integración de las personas en la sociedad.
- De *rechazo y marginación*, produciendo situaciones de vulnerabilidad con el

riesgo de exclusión, y reduce las oportunidades de promoción y participación en la vida colectiva, impidiendo a las personas el acceso a los ideales culturales predominantes, posibilitando así las imágenes e “identidades negativas” (13).

- De *homogeneización* de la visión social de las personas vulnerables, no viéndolos como individuos diferenciados sino como un todo uniforme, dificultando la adquisición y conquista de la conciencia de singularidad, resultado de una integración positiva, al negarle a cada uno el derecho de ser y sentirse como individuo diferente y único, obligándole al anonimato y a la existencia amorfa y no diferenciada.

Socialización e Integración/adaptación

La *adaptación* es la capacidad que tiene el ser humano para acomodarse, aclimatarse e integrarse en su entorno físico y cultural que está en continuo cambio, que a lo largo de su historia ha tenido que afrontar y superar, dificultades, estresores y contextos de vulnerabilidad.

La *socialización* es el principio de cualquier adaptación, en este proceso la familia tiene un papel preponderante, por ser la matriz de la llegada, organización y estructuración de lo psíquico, sostenedora de dicho proceso configurado por redes de vínculos significativos. La familia nutre al individuo humano de aquellos elementos básicos para su supervivencia biológica y para su desarrollo psicosocial. La perduración de los vínculos a lo largo del tiempo asegura el sentimiento de pertenencia a una familia, a un grupo, a una sociedad, a una cultura y a la humanidad, así también el desarrollo de las relaciones solidarias y la atención recíproca.

El proceso de adaptación, es un proceso dinámico y bilateral, implica por igual a los diferentes colectivos e individuos y al conjunto de la sociedad, con progresos y retrocesos, pérdidas y ganancias.

La integración se producirá mediante el diálogo social y la comunicación que “... es la matriz en la que están enclavadas todas las actividades humanas...” y que “... cuando una comunicación es exitosa pasa a ser sinónimo de adaptación y vida” (14). Como “es imposible no comunicarse, en tanto y cuanto que la comunicación es una conducta que sirve para la interacción” (10), estamos, por tanto, en comunicación constante. Una comunicación exitosa con nosotros mismos y/o con los otros implica ser corregidos por los otros y autocorregimos.

Consecuencia de los contextos de vulnerabilidad.-

Las personas se enfrentan, con frecuencia, a dificultades y estresores que, generalmente, superan y forman parte de su desarrollo y maduración. Sin embargo, existen situaciones de máxima dificultad y altamente estresantes, a las que el sujeto tiene que hacer frente, que podemos definir como de extrema vulnerabilidad; entre estos dos extremos podemos encontrar, como es lógico, diversas situaciones con distintas intensidades y diferentes consecuencias.

El estado de estrés en los contextos de vulnerabilidad y las características de los estresores, son factores a tener en cuenta a la hora de categorizar a un contexto de vulnerabilidad, a saber: *la multiplicidad, la cronicidad y la intensidad*.

- La *multiplicidad*, las personas tienen que hacer frente a muchas situaciones estresantes a la vez: soledad, fracaso, falta de trabajo, penuria económica, irregularidad documental, discriminación, hostigamiento, hacinamiento, etc.
- La *cronicidad*, el estrés es acumulativo, y las repercusiones para el psiquismo están estrechamente relacionadas con el tiempo de exposición.
- La *intensidad y relevancia de los estresores*: aquellos que son límites y de relevancia emocional para el sujeto.

Las situaciones de vulnerabilidad con estresores de larga duración, múltiples e intensos, en general, podemos categorizar como *contextos de extrema vulnerabilidad*, y que tienen consecuencias muy negativas para las personas que las sufren, porque merman la capacidad de afrontamiento y la búsqueda de soluciones, aumentando, de ese modo, el riesgo de la marginación, de la exclusión social y la vulnerabilidad.

Se pueden considerar como contextos de vulnerabilidad extrema, las situaciones de sin hogar, inmigración irregular, prostitución, enfermos mentales graves en situación de exclusión y estigma, drogadicción de larga duración y sin apoyo, desahuciados, desempleados de larga duración e incluso los jóvenes sin empleo; que a su vez sufren las actitudes de rechazo, estigmatización y marginación, producto de una visión unilateral, por parte de los otros, con el riesgo de deshumanizarles, cosificarles, marginarles, ver solo los aspectos diferenciales y negativos, e incluso puede llegar a privarles de su dignidad como personas. Como consecuencia, en todas estas situaciones, se observan dos fenómenos comunes: la frustración y los duelos, sobre todo el duelo por el futuro; por esto creo que es pertinente hablar, sucintamente, de ambos fenómenos.

- *La frustración*, entendida como el hecho de que el sujeto no se ha realizado

en la realidad, término que “hay que entenderlo en su dimensión más profunda, o sea, desde el punto de vista del sujeto que la padece, y no, en modo alguno, desde el punto de vista del otro o de los otros” (15). Es verdaderamente problema personal cuando en ella cabe alguna suerte de responsabilidad y culpa, como consecuencia de acciones directas del sujeto o si le son atribuidas por quién ostenta el poder. Cuando el sujeto toma conciencia de ello en la dialéctica que establece sobre su pasado, su presente y su futuro, preguntándose sobre las cualidades de su hacer, sobre lo que hizo y hace y lo que debió y debe hacer, en este caso podemos hablar de *frustración culpable*.

- *Duelo por el futuro*, puede parecer contradictorio hablar de duelo por un futuro, porque el duelo, se supone, que es por una pérdida o conjunto de pérdidas. A mi juicio no existe tal contradicción, porque el duelo por una pérdida en el pasado, se desarrolla, se afronta y se elabora en el presente.

En el presente es, precisamente, cuando tiene lugar también el duelo por el futuro, por una pérdida que se intuye, se siente y se tiene en el presente, es más, la pérdida se produce en el presente, porque se trata de pérdida de ilusiones, de expectativas, de proyectos, etc., con la consiguiente desilusión, frustración, decepción y desmotivación; todos estos sentimientos son vivenciados, anticipadamente, en el presente; del mismo modo que es en el presente cuando se vivencian los sentimientos de pérdida del pasado. Por tanto se trata de un proceso continuo, desde el pasado hacia el futuro, vivido y sufrido en el presente, es decir, tanto el duelo por las pérdidas del pasado como por las pérdidas del futuro forman un mismo proceso.

Por todo ello, lo que importa son las vivencias de dolor y sufrimiento, que se producen en el presente, tanto en el duelo por las pérdidas del pasado, como por las pérdidas, sentidas como tal, respecto a las ilusiones, proyectos y expectativas del futuro. Por esto mismo, es en el presente cuando podemos actuar y ayudar a las personas a elaborar y reparar las pérdidas del pasado. También, es en el presente, cuando podemos ayudar a las personas a reparar los sentimientos y superar los miedos, por las pérdidas de las expectativas del futuro, y prevenir sus posibles efectos nocivos sobre la salud mental de las personas, mediante la promoción de actividades que estimulen la autoestima y la búsqueda de potenciales soluciones. La experiencia migratoria

La migración es, en sí misma, un acontecimiento vital altamente estresante, que afecta al individuo en todas las esferas de su ser. “Todas esas personas que desembarcan en un país de acogida, del que no conocen a menudo ni la lengua

ni los ritos, reciben un aluvión de traumas. Al desgarrar inicial que les ha expulsado de sus países se añaden, sin cesar, otros traumas: el duelo, la miseria, la humillación administrativa, el fracaso escolar, la dificultad de integración mediante el trabajo” (Cyrulnik, citado en Barudy) (3). Por tanto, es un proceso que, inicialmente, les coloca en una situación altamente frágil pero que, contando con sus recursos individuales, su historia personal y los apoyos del entorno, tienen la posibilidad de hacer de esa misma experiencia una de las más enriquecedoras e inolvidables de sus vidas.

Casi la mayoría de las personas inmigrantes, que llegan a los países europeos, están marcados por experiencias de violencia, en sus países, y cargados con el peso de las del exilio: el desarraigo, el aislamiento y la precariedad social”. En estas situaciones los consumos inapropiados de algunas sustancias con demasiada frecuencia son un recurso ante el malestar.

La situación de irregularidad administrativa, en los inmigrantes, merece una especial atención, porque supone un tipo de violencia organizada y humillante para las personas que la sufren, que se ven obligadas a vivir en la clandestinidad como si fueran delincuentes o apestados, teniendo que soportar la marginación, el vivir en situaciones infrahumanas de dependencia y hacinamiento, junto al miedo de ser descubiertos y expulsados. Situación que no les permite la mejor elaboración del duelo migratorio, la reelaboración de sus vínculos y la adaptación, obligándoles a vivir en situación de exclusión social o les fuerza a la hiper-adaptación, sucumbiendo a las exigencias de la asimilación, como modo de defensa desadaptativo, que les puede llevar a una *desadaptación vulnerable*, que acaba malhiriéndoles y afectando a su autoestima, dignidad y salud mental.

Personas Sin Hogar (PSH)

La situación de sin hogar, se puede considerar como contexto de extrema vulnerabilidad, porque, en general, es un proceso acumulativo, y afecta a los mismos cimientos de la personalidad, a los vínculos familiares y sociales, al proyecto vital y a las expectativas en el futuro. Con riesgo para la salud mental, de las personas que la sufren, porque puede generar sensación de vacío, baja o nula autoestima, distorsión de la identidad, déficit en la capacidad de afrontamiento, duelos complicados tanto por las pérdidas del pasado como por las pérdidas de las ilusiones en un futuro mejor, sentimientos de frustración y frustración culpable, tendencia al aislamiento y vivir como en islas, abandono de sí mismo, la desconfianza y el temor por su integridad física.

Ésas personas se tornan como invisibles para el resto de la sociedad que procura evitarlas, e incluso negar su existencia y su sufrimiento, lo que conlleva mayor aislamiento, segregación, estigma, humillación, desamparo y negación de sus derechos, tratándoles como a personas perdedoras y culpables de su situación de exclusión. De ese modo, se justifica el abandono por parte de la sociedad e instituciones, procurando su ocultación, también su persecución y tratarles como a delincuentes, cuando su presencia se torna difícil de ignorar, porque han tomado conciencia de su situación y exigen sus derechos.

Muchas personas sin hogar, con frecuencia, recuren al consumo de tóxicos, en especial el alcohol, como modo de olvidar penas, evadirse de la realidad cotidiana, aliviar el sufrimiento mental y como un sustituto del calor humano del que carecen. Además, entre este colectivo, se encuentra un considerable porcentaje de personas con trastorno mental grave, que con frecuencia no reciben la adecuada atención sociosanitaria.

Actuaciones e intervenciones

Los conceptos de resiliencia, de empoderamiento y de vulnerabilidad, son útiles al trabajar con las personas en situación de vulnerabilidad, en el sentido de apoyar sus recursos para afrontar el daño y adquirir autonomía. Nos sirven como guía para establecer criterios de actuación preventiva y de promoción a la salud, y para que los profesionales encuadren sus actuaciones, y pongan sus propios recursos resilientes mediante la solidaridad, el apoyo y del buen trato.

Para facilitar la accesibilidad a las instituciones sociosanitarias y, la aceptación de los planes de intervención, es básica la promoción, entre los profesionales, de actitudes proactivas de solidaridad, apoyo, tolerancia y de igualdad en los derechos ciudadanos y en el desempeño de los deberes. Es igualmente necesario combatir las actitudes reactivas, que puedan surgir, como el rechazo, la xenofobia, el racismo y el estigma. Del mismo modo, conviene evitar las actitudes compasivas y sobre-protectoras por sus efectos dañinos sobre el desarrollo autónomo de la persona, la capacidad de adaptación y del afrontamiento de los problemas y la búsqueda activa de las soluciones.

Aquí no se van a describir planes, guías o protocolos concretos, sino hacer referencia a actuaciones globales y premisas, porque las acciones concretas se deben realizar aplicando protocolos, existentes, y contextualizarlos según las circunstancias y necesidades de cada caso.

Promoción de la salud y prevención

La *promoción de la salud* se puede definir, como el proceso de capacitación de las personas y las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de salud, y de ese modo mejorar su salud. En cuanto a la *prevención*, entre otras cosas, es el conocer y aislar los factores de riesgo para evitar sus efectos negativos en personas y grupos.

Desde la perspectiva de la acción-participación, existe íntima relación entre los conceptos de participación, empoderamiento y resiliencia, en cuanto que hace referencia al desempeño de las personas, en su calidad de ciudadanos, en las estrategias de promoción de salud y de prevención, es decir, del aumento de las capacidades individuales y comunitarias, mediante la capacitación, la participación, la acción intersectorial, la equidad y la multiplicidad de estrategias.

Entendiendo el empoderamiento, no como realidad abstracta sino como “objetivo participativo” (16), con manifestaciones concretas, abordables y viables, alejado de la pasividad y de la indolencia social, que implica formas muy diversas de entender el mundo y las relaciones de poder, siendo el común denominador, entre todas ellas, la idea de compartir poder y tomar decisiones a todos los niveles, poder en todos los ámbitos de la sociedad, perteneciente a todo individuo y a todo grupo. El empoderamiento es un proceso personal, que consiste en asumir el control sobre la propia vida, y entraña cambios en la conciencia, la autonomía, la dignidad, el desarrollo personal, las identidades individuales y colectivas, la percepción del mundo y de sí mismo. Es, también, un proceso de acción social que promueve la participación de la gente, las organizaciones y las comunidades, para el logro del control, de la eficacia política, del mejoramiento de la calidad de vida comunitaria y de la justicia social.

El empoderamiento no se da, cada sujeto tiene que empoderarse a sí mismo, esto es cierto. Si consideramos que la discriminación, en que viven inmersos los integrantes de los colectivos menos favorecidos, (inmigrantes, PSH, mujeres maltratadas, prostitución, clases bajas, etc.) es el resultado de prácticas individuales y sociales, debemos pensar, entonces, que la adquisición de poder, por parte de estos colectivos, es una condición fundamental para superar esta situación de vulnerabilidad, y que, por tanto, se deben abrir espacios y dar posibilidades para que se desarrolle este proceso. El empoderamiento debe ser considerado, pues, como una estrategia de aplicación *ineludible*, destinada a restablecer la igualdad de oportunidades y la equidad, dentro de todas las políticas y ámbitos de desarrollo.

Juega papel muy importante el hecho de ayudar, directa o indirectamente, a que las personas en contextos de vulnerabilidad puedan *reestructurar*¹ sus experiencias y vivencias, de modo que puedan modificar sus percepciones de su situación, de sí mismos, de sus expectativas y de sus capacidades.

Intervención psicosocial y trabajo en red

La intervención sociosanitaria debe tener presente el contexto sociocultural y económico, donde se produce la demanda, y mantener una actitud dialogante y flexible. La no consideración del contexto social es tan parcial como la no evaluación de la psicopatología de la enfermedad.

Es importante también, como observadores y/o actuantes, tener en cuenta, 1) la necesidad de *contextualizar la demanda*, esto implica la evaluación de las características psicopatológicas, socioculturales y económicas, tanto en su desarrollo como en el “aquí y ahora”; 2) *contextualizar* nuestras *actuaciones* mediante el análisis de las características y motivaciones de las mismas; y 3) *contextualizar* nuestras *técnicas*, adaptándolas a las necesidades y hábitos de las personas; se trata de acompañar a las personas y acompasar el ritmo de nuestras actuaciones a la cadencia de su recuperación.

Para la elaboración de planes de intervención y las planificaciones de las actuaciones, debemos tener en cuenta los *factores de protección*. Son las fuerzas internas y externas que contribuyen a que, la persona o la familia resista o aminore los efectos del riesgo. En este sentido, se pueden enumerar los siguientes factores:

- *la satisfacción de las necesidades afectivas*, que facilitan al sujeto la creación de relaciones con su entorno natural y humano y de pertenencia a una red social, mediante el establecimiento de unos vínculos afectivos, familiares y sociales, de buena calidad y estables;
- *la satisfacción de la necesidad de vincularse*, que se encuentra en el origen del desarrollo de todo ser humano, y es necesaria para el desarrollo de la capacidad de diferenciarse y de sentirse perteneciente a una red social. Así también permiten el desarrollo de las capacidades cognitivas mediante el buen trato y la vinculación positiva.
- *la aceptación, la consideración y el reconocimiento*, por parte del

¹ Reestructurar, según Watzlawick “significa cambiar el propio marco conceptual o emocional, en el cual se experimenta una situación, y situarla dentro de otra estructura” Watzlawick, P.; Weakland, J. H. y Fisch, R. (1992). *Cambio*. Barcelona. Ed. Herder.

entorno humano próximo y significativo, que proporciona al sujeto un espacio suyo, donde se siente aceptado e importante, y donde podrá empezar a aceptar a los demás. El ser reconocido como persona con dignidad, méritos y habilidades, por parte de la sociedad, le permite a la persona existir como ser social y valioso para la sociedad, en tanto que persona singular.

- *la satisfacción de las necesidades sociales*, la persona tiene derecho a sentirse parte de una comunidad, a desarrollar un sentimiento de *alteridad* y de pertenencia, y a disfrutar de la protección y el apoyo social.
- *la participación activa en las estructuras sociales*, porque sin apego y cuidados por parte de sus semejantes ningún ser humano podrá sobrevivir.
- *Una buena comunicación.*

Para lograr todo esto se hace necesario el *trabajo en red*, porque los individuos están inmersos, siempre, en varias redes familiares, sociales y culturales, que les prestan apoyo y contención. En la situación de vulnerabilidad este vínculo se rompe, y el sujeto intenta sustituirlo.

El trabajar en red y con las redes sociales es necesario y elemental, para poder articular la relación entre la diversidad de situaciones y la de los recursos; para poder modular la pluralidad y complejidad de las demandas y las respuestas. El actuar de este modo, es decir potenciando la acción en redes de apoyo, de solidaridad y de intercambio, ayudaría a crear un clima que favorece la colaboración y potencia la autonomía, el empoderamiento y las capacidades de afrontamiento.

Por último, es necesario, para la mejor elaboración de los planes de intervención, tener en consideración, también, los factores de riesgo para la salud, como por ejemplo: 1) El estrés y los estresores socioculturales; 2) la vulnerabilidad física y psicológica; y 3) las situaciones y contextos de vulnerabilidad. Estos factores de riesgo, estas situaciones de vulnerabilidad es posible que desemboquen en enfermedad mental común con cuadros desadaptativos, ansiedad, adicciones, depresiones u otras afectaciones en la salud mental.

Son recomendables las siguientes actuaciones generales, en contextos de vulnerabilidad:

1. Acogida y establecimiento de buena relación.
2. Escucha activa y facilitar la buena comunicación.
3. Normalizar las emociones, es decir dar el mensaje de que los sentimientos y emociones, que presenta la persona, son habituales y lógicas en su situación estresante e insana.

4. Identificar, en la medida que sea posible, los potenciales factores estresantes.
5. Realizar diagnóstico del contexto de vulnerabilidad.
6. Focalizar las intervenciones en el contexto de la vulnerabilidad actual, sin olvidar la historia de la vulnerabilidad.
7. Utilizar los recursos sociales disponibles, grupos de apoyo y fomentar los de autoayuda.
8. Recoger información acerca de los valores y expectativas, que una persona posee, lo que nos permitiría interpretar mejor sus mensajes y demandas aumentando así nuestra capacidad de intervención.
9. Adaptar nuestras técnicas, intervenciones y horarios, etc., a las necesidades de las personas vulnerables. Es decir, *acompañar y acompañar*.

A modo de resumen.

Una actitud de aceptación y de diálogo con los otros, tiene sus ventajas, les dignifica, les respeta, mantiene su humanidad, busca las similitudes, construye puentes de comunicación, con una visión bilateral y holista, es una relación simétrica y no de poder.

La visión unilateral es una visión sesgada y una actitud de poder que construye muros de separación y de prejuicios, produciendo efectos muy nocivos en la salud mental y social.

El maltrato, la crueldad, la violencia ejercida desde la actitud del que se sabe más fuerte es injusta y genera sentimientos de humillación, resentimientos, hostilidad, venganza, etc. Afectan los sentimientos de autoestima, atormentan y generan desconfianza y sentimientos de ser vulnerable.

Los contextos de vulnerabilidad extrema, son aquellos en los que se dan situaciones difíciles, que podrían someter a las personas a un estado de estrés crónico, intenso y múltiple, situaciones como: 1) la exclusión social, el aislamiento y el riesgo de marginalidad, 2) el contexto social inhóspito y el hostigamiento, 3) el maltrato y el acoso moral, 4) el rechazo y el estigma, 4) la falta de perspectivas laborales, 6) la no accesibilidad a vivienda digna, 7) el no reconocimiento de los derechos humanos, 8) la falta de seguridad y el miedo por la integridad física.

Es preciso, impulsar las medidas que ayuden a las personas en situación de vulnerabilidad, y riesgo de exclusión social, a recuperar su posición social, y facilitar su participación activa en todas las actividades productivas, sociales, culturales y políticas; en definitiva ser considerados como ciudadanos con derechos y deberes.

Es necesario superar y abandonar el reduccionismo del modelo biomédico, y la visión simplista del concepto bio-psico-social, adoptando una visión holística y dinámica, considerando la interacción entre lo biológico, lo psicológico y lo socio-cultural, rechazando la hegemonía de cualesquiera de ellos sobre los otros.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Achotegui Loizate J. Cómo evaluar el estrés y el duelo migratorio. Girona. Ediciones el mundo de la mente, 2009.
- 2- Román B. Apuntes para una ética del profesor universitario, en Román, B. (Coordinadora). Por una ética docente. Grafite Ediciones. Barcelona, 2003.
- 3- Barudy J y Marquebreuq AP. Hijos e hijos de madres resilientes. Barcelona. Editorial Gedisa, 2006.
- 4- Vanistendael S y Lecomte J. La felicidad es posible. Despertar en niños maltratados la confianza en sí mismos: construir la resiliencia. Barcelona. Editorial Gedisa, 2000.
- 5- Barudy J y Dantagnan M. Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia. Barcelona. Editorial Gedisa, 2007.
- 6- Cyrulnik B. El murmullo de los fantasmas: volver a la vida después de un trauma. Barcelona. Editorial Gedisa, 2003.
- 7- Grinberg L y Grinberg R. Identidad y cambio. Paidós Ibérica. Barcelona, 1980.
- 8- Castilla del Pino C. Introducción a la psiquiatría. 1. Problemas generales, psico(pato)logía. Madrid. Alianza Editorial, 1980a.
- 9- Argyle M. Análisis de la interacción. Amorrortu editores. Buenos Aires, 1983.
- 10- Watzlawick P, Helmick Beavin J, Jackson DD. La teoría de la comunicación humana. Editorial Herder. Barcelona, 1981.
- 11- Castilla del Pino C. Reflexión, reflexionar, reflexivo. Discurso de ingreso a la Real Academia Española, el 7 de marzo de 2004. [http://www.rae.es/rae/gestores/gespub000001.nsf/\(voAnexos\)/archC51A9CDF7A1C1FCCC1257147003A0582/\\$FILE/castilla.htm](http://www.rae.es/rae/gestores/gespub000001.nsf/(voAnexos)/archC51A9CDF7A1C1FCCC1257147003A0582/$FILE/castilla.htm)
- 12- Watzlawick P, Weakland JH y Fisch R. Cambio. Barcelona. Ed. Herder, 1992.
- 13- Erikson E H. Identidad, juventud y crisis. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1977.
- 14- Bateson G, Ruesch J. Comunicación, la matriz social de la psiquiatría. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1984.
- 15- Castilla del Pino C. Dialéctica de la persona, dialéctica de la situación. Barcelona. Ed. Península. Cuarta edición, 1974.
- 16- García García JT y Francés García FJ. Estrategias instituyentes de participación en el contexto de la globalización: el concepto de empoderamiento. Comunicación publicada en el documento del VI Foro sobre Tendencias en Desvertebración Social y Políticas de Solidaridad, 14-15 noviembre, 2002. Dpto. de Sociología II, Universidad de Alicante.

3.5.- Trabajo en red y adicciones. Una práctica colaborativa para regenerar el vínculo profesional.

José R. Ubieto Pardo.

Pensar en el beneficio que las prácticas de red pueden aportar al abordaje de las adicciones implica tomar en cuenta tres factores: los nuevos paradigmas de la relación asistencial, el estatuto de la adicción en nuestra época y los modelos posibles del trabajo en red. Este trabajo pretende explorar estas tres variables para proponer algunas ideas y procedimientos que fomenten la colaboración profesional y ayuden a re-generar el vínculo profesional.

Un nuevo paradigma en la relación asistencial

La coyuntura actual, marcada por una fuerte crisis del sistema, económica pero sobre todo crisis de confianza que abarca todos los ámbitos (política, finanzas, convivencia social), ha exacerbado la emergencia de nuevos paradigmas en la relación asistencial.

No se trata de una novedad, fruto de la situación actual, ya que el proceso de transformación de la relación asistencial en los diferentes ámbitos (clínico, social, educativo) viene de antiguo, pero la crisis actual lo ha desvelado de una manera más cruda.

El modelo de la modernidad, en el campo de la salud, pasaba por la relación privilegiada entre el paciente y el clínico definido como especialista de la salud: médico, psiquiatra, psicólogo. Era un encuentro fundado en una autoridad absoluta del profesional en lo referente al tratamiento del malestar, autoridad que reposaba en una suposición del paciente sobre su saber. De esa suposición se derivaba la confianza de unos y el secreto profesional del otro como parte intrínseca de ese diálogo privado e íntimo.

La postmodernidad agudiza algunas de las contradicciones y paradojas ya incluidas en el propio programa ilustrado. Una de ellas deriva de la consideración de los derechos del individuo como valor princeps, lo cual mina esa autoridad, hasta

entonces absoluta, del profesional, que ya no alcanza para hacerse cargo en exclusiva del tratamiento del malestar. Su saber se relativiza y se pone en tensión con otros saberes en juego: la psicología primero, pero también la educación y lo social, y es por eso que el ideal de salud se entiende, a partir de entonces, en los tres registros: biopsicosocial. Ideal que se asemeja más a un multiculturalismo profesional que a un enfoque suficientemente fundamentado (1).

Finalizada la primera década de este Siglo XXI podemos decir que esa tendencia “individualista”, junto a las falsas promesas del cientificismo (2), constituyen la base más firme de la nueva relación asistencial cuyas características y consecuencias podemos ya vislumbrar con claridad.

- Un primer rasgo evidente es la desconfianza del sujeto (paciente, usuario, alumno) hacia el profesional al que cada vez le supone menos un saber sobre lo que le ocurre (y por eso se ha institucionalizado la segunda opinión) y del que cada vez teme más se convierta en un elemento de control y no de ayuda. Las cifras actuales sobre las manifestaciones de protesta subjetiva a las propuestas médicas, que incluyen el boicot terapéutico (rechazo de lo prescrito), la falta de adherencia al tratamiento o los episodios de violencia en centros sanitarios o sociales son un claro signo de esta pérdida de la confianza en la relación asistencial (3). Sin olvidar fenómenos de fraude o engaño, por parte de una minoría de pacientes, que se oponen así, obteniendo un beneficio secundario, a la imposición de una lógica de control, tendencia en aumento en la relación asistencial.

- Un segundo rasgo lo encontramos en la posición defensiva de los propios profesionales que hacen uso, de manera creciente, de procedimientos preventivos ante posibles amenazas o denuncias de sus pacientes. El miedo se constituye así en un resorte clave que condiciona la práctica asistencial y cuyas consecuencias, como veremos a continuación, no son banales.

- El tercer rasgo nos muestra una de esas consecuencias: la pérdida de calidad y cantidad del vínculo clínico-paciente. Ese dialogo al que nos referíamos antes, basado en la escucha de la singularidad de cada caso, y que requería un encuentro cara a cara, con cierta constancia y regularidad, se ha transformado en un encuentro, cada vez más fugaz, de corta duración y siempre con la mediación de alguna tecnología (pruebas, ordenador, prescripción). El estilo “asistencial” que describe Berger, a propósito del médico rural John Sasall¹, queda ya como una reliquia si lo comparamos con el protocolo actual de visita en la atención primaria, en la que el

¹ Dietario de viaje del periodista, acompañando a un médico rural en la Inglaterra de la postguerra: “Un hombre afortunado”, editado por Alfaguara (2009).

médico presta más atención a los requerimientos del aplicativo informático que a la escucha del propio paciente, al que apenas mira.

- El cuarto rasgo, correlativo del anterior, es el aumento notable de la burocracia en los procedimientos asistenciales. La cantidad de informes, cuestionarios, aplicativos, que un especialista psi debe rellenar superan ya el tiempo dedicado a la relación asistencial propiamente dicha. Y todo ello sin que el beneficio de esos procedimientos esté asegurado, como veremos más adelante (4).

Estas características configuran una nueva realidad marcada por una pérdida notable de la autoridad del profesional, derivada de la sustitución de su juicio propio (elemento clave en su praxis) en detrimento del protocolo monitorizado, una reducción del sujeto atendido a un elemento sin propiedades específicas (homogéneo), y que responde con el rechazo ya mencionado (boicot y violencia), y una serie de efectos en los propios profesionales diversos y graves: , episodios depresivos recurrentes, mala praxis (5).

Autoridad debe entenderse aquí a partir de su etimología () que deriva de autor, aquel que es capaz de invención, de entendimiento y resolución de problemas, no el que basa su acto en el ejercicio del poder ().

Esta nueva realidad es la consecuencia de un amplio e ilusorio afán reduccionista que trata la complejidad del real que abordamos, mediante razonamientos y procedimientos simplificados (6). Eso se traduce en transformaciones profundas a tres niveles: el supuesto epistemológico que define una concepción determinista del saber y del sujeto humano -la ilusión del hombre neuronal-, el supuesto metodológico que implica un modo de interacción entre las disciplinas que aspira a borrar cualquier diferencia (7) y finalmente el supuesto organizativo que responde cada vez más a operaciones de vigilancia y control, disfrazadas de medidas de optimización de recursos (8).

La adicción generalizada

Hoy vivimos en la época del consumo generalizado, caracterizada por un empuje al goce instantáneo como la vía regia de la búsqueda de la excelencia y la felicidad. Eso implica que dejamos el cuerpo abandonado a su satisfacción autoerótica confiando que él encontrará su propia regulación.

La realidad en cambio nos muestra que ese satisfacerse sin otro límite que la resistencia del cuerpo, hasta que aguante o explote, nos conduce a un callejón sin salida (p.e. ingestas excesivas de alcohol por parte de los jóvenes) e incluso a

la muerte como le sucedió al aspirante ruso al título mundial de sauna, Vladimir Ladyschenski, que en agosto de 2010, **sufrió un colapso y falleció en el mismo lugar de la competición tras alcanzar la final.**

El imperativo actual del funcionamiento y la optimización de las competencias aparece como un pragmatismo radical aplicado a la “gestión” del cuerpo, concebido como una máquina, conectado siempre en . Alan Schwarz, redactor de salud del New York Times, señala, en un interesante artículo sobre el TDAH, el uso creciente de los psicoestimulantes en niños procedentes de barrios desfavorecidos —y que presentan dificultades escolares (bajos aprendizajes y problemas de conducta)— como estímulo de mejora, independientemente de si cumplen o no el diagnóstico. De hecho muchos de los pediatras y psiquiatras consultados admiten que los prescriben por ser la fórmula más sencilla y económica y que cuentan para ello, en la mayoría de los casos, con el consentimiento y pedido de las familias. “Hemos decidido, como sociedad, que es demasiado caro modificar el entorno de estos niños, así que mejor modificamos a los niños” (M. Anderson, pediatra del Cherokee County, Atlanta) (9).

Informaciones más recientes nos hablan de que el 35 por ciento de los estudiantes universitarios toman psicoestimulantes para combatir el estrés de los periodos de exámenes y circunstancias similares. Otros consumos compulsivos (tóxicos, cibersexo, comida) muestran como ese empuje al ¡Goza! (!) certifica que lo que no está prohibido es obligatorio, en la búsqueda imposible de ese goce perdido cuya culpa (falta) no cesa de agitar al sujeto.

Los datos de consumos de psicótrópos son también contundentes respecto a la modalidad de relación que hoy tenemos con los objetos que pueblan nuestra existencia. Modalidad que podemos calificar de adicción generalizada que conjuga la lógica del mercado y lo que el psicoanalista Jacques Alain Miller (10) ha llamado “el ascenso al cénit del objeto a” para expresar el lugar prevalente que toman hoy los objetos (consumo) como vía de la realización del ser del sujeto.

El reverso de todo ello es la prevalencia actual de la angustia como pathos. Basta como muestra los 500.000 soldados americanos (de los dos millones desplazados a Irak y Afganistán) que padecen secuelas graves post traumáticas. Angustia ligada a la certeza de nuestra cosificación: “En la sociedad de consumidores nadie puede convertirse en sujeto sin antes convertirse en producto, y nadie puede preservar su carácter de sujeto si no se ocupa de resucitar, revivir y realimentar a perpetuidad en sí mismo cualidades y habilidades que se exigen a todo producto de consumo”. Esta afirmación del sociólogo Z. Bauman (11) explica muy bien esta

nueva violencia a la que se ve sometido el cuerpo y el sujeto, que exige convertirse en un producto.

La construcción del caso en el trabajo en red

Hoy las prácticas de red muestran, en muchas ocasiones, algunas de las características típicas de la nueva sociedad de la información y de sus tecnologías: muchas veces su ciclo de existencia es tan efímero como su emergencia fulgurante. Se ponen en marcha con un gran entusiasmo y con la voluntad de trascender y alcanzar un amplio abanico de objetivos, ámbitos de actuación y resultados. Pero la realidad es que en muchos casos estos proyectos no pasan de su etapa de puesta en marcha. Luego van perdiendo fuerza hasta desaparecer sin dejar rastro o bien permanecen en un permanente .

Hacer sostenible una práctica de red supone tener claro un principio axiomático: hace falta que cada cual, destinatarios (familias, sujetos), responsables institucionales y profesionales, encuentre su beneficio. Éste puede ser diverso e incluso diferente para cada cual. A veces se trata de una mejora de la calidad asistencial que se traduce en una mayor eficacia de la intervención que evita costes graves (personales, familiares, sociales, económicos) como es el caso de situaciones donde el trabajo en red permite evitar un internamiento de un sujeto en un centro residencial.

Otras veces este beneficio se experimenta como mejora sustancial de la cooperación entre los servicios y profesionales que intervienen. Esta cooperación, que supera una conflictividad estéril, puede venir acompañada de una reducción de la angustia del profesional que, al trabajar en solitario, está más expuesto a situaciones de crisis (). Y supone, además, para los responsables institucionales, una importante ayuda en la implementación de programas asistenciales transversales.

El aumento del conocimiento, sea del caso o la situación donde se interviene o bien de la propia metodología del trabajo en red, es un beneficio que incide de manera directa en el tratamiento del malestar del profesional que, de este modo, lo reduce traduciendo los interrogantes, que causan el malestar, en hipótesis de trabajo compartidas. Buscar el beneficio del trabajo en red es pues una exigencia a todos los niveles: metodológica, organizativa y ética.

Cuando falta verdad —entendida como la palabra última y definitiva— nos hace falta una conversación sobre las acciones posibles, donde el poder de la palabra toma el lugar del fundamento. Si hoy proliferan los comités de ética es porque ya

no disponemos del oráculo que pronuncia la sanción definitiva y hace falta, pues, que conversemos a partir de una ética de las consecuencias que se rige por la pragmática y no por las buenas intenciones.

Esta conversación que tenemos que promover tiene hoy un modelo en expansión: las redes sociales (,) que facilitan un tipo de conversación con algunos rasgos básicos. El principal es que el cuerpo se escabulle produciendo una pseudo intimidad (se puede decir cualquier cosa sin hacerse responsable de ello) y de paso se ahorra el compromiso. Es por eso que esta conversación online está llena de llamadas perdidas, citas que no llegan a término o finalizan pronto con decepción. ¿Quién es nuestro verdadero partenaire en este “encuentro”? Podemos estar seguros que no es el otro, sino nosotros mismos y por eso parece más un monólogo narcisista que no un diálogo con dialéctica.

El trabajo en red para nosotros, extraído de nuestra experiencia de ² es una conversación de otro tipo (12). Lo podríamos definir cómo: organizar una conversación interdisciplinaria con el fin de orientarnos y sostenernos en nuestra tarea (casos, proyectos, institución). Una definición minimalista pero que ya incluye todos los aspectos básicos:

- La organización como clave ante la espontaneidad y el voluntarismo.
- La inter-disciplinarietà como patrón de relación inter-profesional (13).
- La orientación como finalidad primordial del trabajo compartido.
- El sostenimiento como beneficio secundario de esta cooperación.

Por eso si tuviéramos que establecer los mínimos requisitos para decir de una praxis que es un verdadero trabajo en red, tendríamos que encontrar en el modelo de conversación que mantienen los profesionales los siguientes rasgos:

- *Cara a cara*: la presencia del otro no es sustituible, si bien las TIC's resultan muy útiles para intercambiar información (no para producir saber).
- *Constante y regular*: sólo la continuidad da sentido a la actuación (14).
- *Alrededor de un interrogante*: el eje de la construcción del caso tiene que partir de aquello que no sabemos y causa nuestra conversación.
- *Global y singular*: nos hacemos una representación compartida de la situación (familia) sin olvidar la posición y singularidad de cada miembro.
- *Poner por escrito* el proceso y los acuerdos: escribir es ya ordenar los elementos, priorizar acciones y formalizar el compromiso colectivo.

² El Programa Interxarxes se realiza en el distrito de Horta-Guinardó (Barcelona) desde el año 2000 e incluye las diferentes redes de atención social, educación y salud centradas en Infancia y familia: www.interxarxes.net

Esta tarea, para que tenga continuidad, hay que complementarla con la coordinación y el liderazgo, como vectorización de los esfuerzos colectivos, y con el apoyo institucional que asegura el reconocimiento y la estabilidad del equipo de trabajo.

Se trata de una práctica colaborativa a impulsar tanto desde lo público como desde las organizaciones del Tercer sector ya que el eje es la interdisciplinariedad y la transversalidad. Es a partir de un consenso entre los participantes que se deben configurar el organigrama y los flujos de comunicación.

Un aspecto fundamental de estas prácticas son los espacios de construcción del caso en los que se trata, como decíamos antes, de una doble vertiente; la orientación en la dirección del tratamiento y la sostenibilidad del mismo a partir de la colaboración que hace posible que cada uno sostenga su acto, sea educativo, clínico o social sin verse impelido, por la urgencia o presión institucional, a hacer una pasaje al acto profesional (15). El impacto de la angustia favorece a veces que esa precipitación del acto, sin el sostenimiento de la red que funciona como para-angustia, promueva la segregación del sujeto vía la expulsión o la indiferencia institucional. Estos espacios de construcción del caso puede tomar formas diferentes: desde espacios colectivos de análisis de casos, hasta supervisiones de equipo o Laboratorios y seminarios en centros de salud, educativos o sociales. En todos los casos trabajamos a partir del material de un caso y con la perspectiva abierta e interdisciplinar de la red.

Dificultades y modos de abordaje

El campo de las adicciones, como el de la infancia en riesgo o el de la violencia de género, plantea dificultades en la implementación de estas prácticas colaborativas. Las principales tienen que ver con las resistencias de los profesionales, los límites legales en el traspaso de información y con las cargas de trabajo, propias del modelo actual claramente productivista.

De manera somera podemos ver, en el cuadro siguiente, algunas de estas dificultades y las propuestas de abordaje que permiten no eliminarlas —ya que son consustanciales al trabajo colaborativo— pero sí tratarlas para reducir los daños.

Una de las dificultades muy presentes en el ámbito de las adicciones tiene que ver con el traspaso de la información a causa de las normativas legales (comunes) y los protocolos asistenciales, diferentes y propios de cada servicio. Nuestra experiencia nos dice que en la gran mayoría de casos esta dificultad vela otra que tiene que ver con el uso que hacemos de esos datos. Informar es producir un mensaje, transmitirlo, mientras que la comunicación es un reparto, un intercambio, una

puesta en común. De lo que se trata en el trabajo en red, sobre todo es de intercambiar más que de informar. De asumir el riesgo de tener que cambiar, de opinión, de punto de vista ya que comunicar es aceptar el encuentro con el otro, su diferencia, su libertad.

La información puede ser unilateral, jerárquica, produce sumisión, propaganda, mientras que comunicar es una condición de la vida humana y no se puede reducir a un flujo de informaciones. Los casos no existen per se, se construyen formulando hipótesis, de manera proactiva, más allá de las informaciones concretas.

DIFICULTAD	ABORDAJE
Sobrecarga	Limitar objetivos
Agenda imposible	Planificación
Falta apoyo institucional	Convencer/mostrar
Desconocimiento método	Difusión-Presentación proyectos
Falsas expectativas	Actualizar información de servicios
Diferencias técnicas	Discusión de casos
Temores “narcisistas”	Confianza (tiempo)
Movilidad profesional	Escrito y continuidad
Conflicto competencial	Respeto especificidad
Traspaso información	Respeto normativa legal y construcción del caso (formulación hipótesis)

Perspectivas

Las prácticas de red no son procedimientos a idealizar, no resuelven todo ni deben ser pensadas en esa lógica. Se trata más bien de usarlas teniendo en cuenta que son herramientas planteadas a partir de una lógica del no-todo, es decir de una lógica que no excluye la sorpresa, lo imprevisible –más bien lo promueve. El fervor por la estadística empieza a desfallecer y a mostrarse ineficaz para captar ese real que siempre está en juego en nuestro trabajo. Esa idea, muy extendida en los medios anglosajones, de que habría una única y buena manera de hacer, el “one best way” basada en las “evidencias” empíricas y científicas no parece adecuarse a los resultados que constatamos en el día a día.

El método de la construcción del caso, que hemos puesto a prueba en los casos trabajados en el Programa Interxarxes, responde a otra lógica. Propone una serie de

casos como forma evaluativa del trabajo en red, proceso más acorde con la naturaleza de nuestra tarea ya que parte del propio sujeto como el primero que construye su caso como una defensa frente a ese real que le desborda (adicción, violencia, ruptura, fracaso, exclusión).

Esa construcción original, que tomamos como su invención, es nuestro punto de partida, no para asumirla acríticamente, sino para confrontar a ese sujeto con sus dichos y sus actos. Esa operación sólo es posible si previamente hemos sido capaces de establecer un vínculo transferencial que permita que nuestra palabra encuentre algún eco en el propio sujeto atendido.

La utilidad social de este método, como alternativa al paradigma asistencial de la reingeniería, basado en la derivación y des-responsabilización de los profesionales, es hoy una extraída de experiencias como el Programa y otras muchas que se vienen desarrollando. Hemos tenido ocasión recientemente de mostrar esa utilidad mediante los resultados de una investigación³, que pone de manifiesto que estas prácticas además de eficaces, eficientes y con una relación coste-beneficio positiva, son claramente favorables en todos los ámbitos de análisis: económicos, personales, sociales e institucionales.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1- Gabbard G y Kay J. Destino del tratamiento integrado: ¿qué fue del psiquiatra biopsicosocial? (ed. española), 2002; vol.5 (3), 129-136.
- 2- Peteiro J. "El autoritarismo científico". Málaga: Miguel Gómez, 2010.
- 3- Serra C. La violencia en el trabajo en el sector sanitario. Servicio de Salud Laboral. Ponencia Primeras Jornadas de Psicología Laboral OSALAN. Barakaldo, 28 y 29 de octubre del 2010. <http://www.osalan.euskadi.net/s94-osalan/es/> Consultado el 10 de enero de 2014.
- 4- Chauviere M. *Trop de gestion tue le social*. Paris: La Decouverte, 2007.
- 5- Soares A. *La qualité de vie au travail – La santé malade de la gestion*. Montreal: UQUAM, 2010.
- 6- Tizón J. Asistencia basada en pruebas y psicoterapia: ¿es evidente la evidencia? *Quaderns de Salut Mental*, 2009; 6, 8-40.
- 7- Ubieto JR. ¿Vamos hacia un modelo de "tratamiento único" del malestar psíquico? *Revista del COPC*, 2010; 226, 9-13.
- 8- Pérez Álvarez M. El magnetismo de las neuroimágenes: moda, mito e ideología del cerebro. *Papeles del Psicólogo*, 2011; Vol.32 (2), 98-112.
- 9- Schwarz A. "Attention Disorder or Not, Pills to Help in School". *New York Times*, edición del 9 de octubre de 2012. <http://www.nytimes.com/2012/10/09/health/attention-disorder-or-not->

3 "Avaluació dels costos i beneficis del model Interxarxes. Estudi valoratiu de l'experiència del Projecte Interxarxes (2000 – 2010)" Versión castellana consultable en www.interxarxes.net.

children-prescribed-pills-to-help-in-school.html?pagewanted=all&_r=0. Consultado el 10 de enero de 2014.

- 10- Miller JA. "Las buenas noticias del progreso". En AAVV. . Barcelona: ELP-RBA, 2006.
- 11- Bauman Z. Vida de Consumo, México, Fondo de Cultura Económica, 2007.
- 12- Ubieto JR. Barcelona: Gedisa, 2009.
- 13- Morin E. Sobre la Interdisciplinariedad. 1992; 2, 7-12.
- 14- Leal J y A Escudero (Coord.). Madrid:AEN, 2006. 15- Ubieto JR. . Barcelona: Edivoc, 2012.

Sección 4.

Intervenciones y Prevención.

El consenso sobre la conveniencia de las intervenciones y las iniciativas preventivas está presente entre profesionales que trabajan en el campo de las adicciones así como a nivel institucional y social. “Mejor prevenir que curar”, lema harto oído desde la Salud Pública, como “mejor anticiparse a tener el problema” desde el saber popular, se han aplicado en los diferentes programas con diferentes políticas sobre drogas. Programas de prevención orientados a reducir la demanda pretendiendo la reducción consumidores o evitar su accesibilidad; programas orientados a reducir la oferta mediante medidas coercitivas, dificultades de accesibilidad al consumo mediante el control de precios o medidas de prohibición. Muchos programas, de bajo costo, de acción a corto plazo, fragmentados y descoordinados, han conducido a multitud de fracasos en este campo. Hoy parecen más necesarias considerar estrategias orientadas a grupos específicos de población, más adecuadas a las políticas de reducción de daños y riesgos, considerando la auto-organización, protección y cuidado como elementos importantes, para las personas usuarias, las profesionales y aquellos colectivos más vulnerables.

Los autores y autoras de estos capítulos, profesionales comprometidos con su labor clínica, docente e investigadora, proponen mecanismos de prevención e intervención multimodales bajo el presupuesto de que salud y enfermedad, conceptualizadas tradicionalmente como cuestiones que afectan solo a la esfera individual, se han convertido en un asunto de todos.

- María de la Villa Moral en el capítulo titulado ***Intervención psicosocial y psicoeducativa con menores con consumo problemático de drogas: superando el “Principio de Lampedusa”*** se detiene en las actuaciones preventi-

vas con menores con consumo problemático de drogas han de promoverse desde modelos integrales que aborden de forma comprehensiva la interrelación de los múltiples factores implicados. La familia y la escuela, como agencias socializadoras por excelencia, y la comunidad, en calidad de agencia proveedora de apoyo social, deben de coordinar los esfuerzos. Tener en cuenta los contextos psicosociales en los que construyen y redefinen su identidad los adolescentes, los estilos de ocio en espacios recreativos, así como el trasfondo cultural de las representaciones colectivas sobre las propias drogas y sus usos, como experiencias que involucren diversas esferas de lo humano.

Como investigadores sociales, intervenir para cambiar una realidad calificada como de problemática o anticiparse a ella es, en esencia, un acto de poder ejercido desde una posición particular. Tras la revisión de algunas propuestas de prevención e intervención a nivel familiar, de acciones educativo-preventivas y de intervenciones sociocomunitarias, se propone la conveniencia de promover acciones multimodales que respondan integralmente a semejante naturaleza multifactorial y que, desde una perspectiva crítica, superen la mera institucionalización de las mismas.

- La irrupción de las nuevas tecnologías de la información y comunicación -las TIC- ha tenido un impacto en la manera de realizar intervenciones preventivas y de intervención en el ámbito socio-sanitario-educativo. Izaskun Sarabia desarrolla este texto sobre ***Nuevas tecnologías y prevención del uso de drogas en el colectivo adolescente y juvenil.***

La irrupción de las TIC y en especial las redes sociales (Youtube, Facebook, Twitter, Whatsapp, etc.) han transformado la manera de interactuar entre las personas y, sobre todo, se ha dado en el colectivo adolescente y juvenil. Estos nuevos medios de comunicación se han convertido en el espacio hegemónico de socialización entre la juventud, anteponiéndose incluso a la escuela y a la familia como agentes socializadores. Este nuevo espacio virtual tiene unas características distintas que aportan pros y contras a lo trabajado hasta ahora en intervención. Este capítulo presenta una introducción a las principales aportaciones que ofrece este ámbito de las drogodependencias. Las TIC son una herramienta novedosa y útil en el campo de la investigación social, con capacidad de llegar a ofrecer mucha información a muchas personas, con grandes posibilidades para tratar temas de actualidad.

- ***El valor del vínculo y los procesos de incapacitación y tutelaaje con personas en exclusión social*** elaborado por Elisabete Arostegui, Izaskun Sarabia, Sonia Costillas y Alessandro Bua, está basado en el “Manual de buenas prácticas

para la creación de alternativas de intervención dirigidas a la población drogodependiente en situación de exclusión social: un nuevo paradigma de intervención” apoyado en un estudio exploratorio en el País Vasco. Persigue favorecer la reflexión sobre la revisión y actualización del modelo de intervención en el campo de las drogodependencias, concretamente con relación a las políticas y actuaciones en Reducción de Daños que se desarrollan en los recursos de baja exigencia.

Las buenas prácticas que se identificaron en el estudio, giran en torno a unos principios clave que orientan la intervención y que, a su vez, se concretan en un número determinado de herramientas operativas. Los principios clave son los siguientes: Principio de Atención personalizada, de integralidad, de protagonismo, de intervención comunitaria, o de calidad.

Se ejemplifica con la incapacitación civil en personas en situación de exclusión social intenta velar por los intereses de las personas incapaces y potenciar al máximo las funciones de protección que el Derecho ofrece a todas aquellas personas con las facultades cognoscitivas mermadas, como pueden ser las personas drogodependientes crónicas con patología dual.

- Y la ya repetida pregunta “¿Quién cuida del cuidador?”. Gabriel Roldan se detiene en esta cuestión en el capítulo ***Desprotección y cuidado de los profesionales y equipos sociosanitarios***. Estamos dedicados a atender y cuidar de otros, pero ¿nos cuidamos nosotros en el trabajo? ¿Somos conscientes de que podemos enfermar? ¿Usamos herramientas de protección en este trabajo de alto riesgo? En el texto se exploran aspectos que tienen que ver con el desgaste y la pérdida de potencialidades profesionales de los equipos sociosanitarios y propuestas para el cuidado de uno mismo y de los equipos.

Es preciso reflexionar sobre por qué cuidarse y a quien corresponde la responsabilidad, sin dejar de lado al equipo de trabajo como herramienta principal en una institución. El cuidarse uno mismo, el cuidado en el equipo y la institución. Todo debido a que el desgaste de los profesionales y la pérdida de potencialidad profesional, el desgaste emocional en su trabajo, están muy presentes.

Si las estrategias preventivas se unen a marcos teóricos adecuados que ayuden a comprender las motivaciones del consumo de drogas, las intervenciones permitirán llegar a mejores resultados.

4.1.- Intervención psicosocial y psicoeducativa con menores con consumo problemático de drogas: superando el Principio de Lampedusa.

María de la Villa Moral Jiménez

"Si queremos que todo siga como está, necesitamos que todo cambie"
Giuseppe Tomasi di Lampedusa. *El Gatopardo*.

Prevención e intervención *radical* en sentido frommiano

El consumo infanto-juvenil de drogas sigue representando un auténtico reto sociosanitario, de ahí la necesidad de promover medidas de prevención e intervención psicosocial, psicoeducativa y comunitaria tendentes a actuar integralmente en todas las esferas involucradas e interviniendo sobre la aceptación social con profunda raigambre cultural de drogas como el alcohol en una sociedad como la española (1,2,3,4). Si bien las prevalencias de consumo juvenil de alcohol y tabaco han disminuido desde el inicio del siglo XXI (5,6,7), aumenta la tendencia a beber de forma más intensiva entre los adolescentes, como modalidad de consumo vinculada a la cultura recreativa. En los últimos años, los adolescentes consumen bajo modalidades de *binge drinking* (popularizado como *botellón* en España) a modo de consumos de alcohol concentrados en pocas horas para alcanzar un cierto nivel de embriaguez como práctica realizada en espacios lúdicos nocturnos en fin de semana (8, 9,10,11,12). De este modo, al estimar la relevancia predictiva de la vida recreativa sobre el uso de drogas legales o ilegales, se constata que aquellos relacionados con las prácticas rituales que canalizan su experiencia hedónica y relacional ("salir de marcha") representan buenos predictores del uso de drogas (13,14).

Al centrar nuestro campo de estudio en la intervención en materia de consumos problemáticos en población infanto-juvenil se evidencia que en la programación de los objetivos de prevención han de tenerse en cuenta los contextos psicosociales en los que se desarrollan, así como el trasfondo cultural de tales mecanismos recreativos como experiencias que involucran diversos ámbitos (de índole

cultural, interpersonal y físico) y que han de ampliarse a varios niveles de estudio (macro, meso y micro).

Inciendo en labores de prevención en materia de drogas conviene reflexionar previamente sobre lo que significan tales actuaciones. Prevenir es prever, intentar *ver antes de que venga*, si bien se supone que es tanto acción anticipada como evitación de los daños que se avecinan. Es un ejercicio de anticipación, pero también de intervención; de elección de un camino y de bloqueo de otros alternativos y de intento de solución a un problema que *ha* de llegar, aunque también de entorpecimiento de su posible desarrollo funcional. Prevenir es concienciar, no imponer o meramente institucionalizar ciertas medidas preventivas; intervenir capacitando, más que marcando límites; educar, más que instruir; intervenir *con* quien lo precise (¿quién determina, en cualquier caso, el criterio de la necesidad?), no *sobre* ellos; responder preguntas que se plantee el propio individuo, más que proporcionar respuestas a interrogantes sugeridos, entre otras muchas funciones. Prevenir, en fin, ha de ser un acto de mediación, más que de imposición.

Bajo ciertas circunstancias, intervenir para cambiar una realidad calificada como de problemática o anticiparse a ella es, en esencia, un *acto de poder* ejercido desde una posición particular, si bien semejante reconocimiento no debería invalidar los propósitos potencialmente benefactores de la acción en sí misma. En ese proceso de construcción social del problema de la salud y la enfermedad, a modo de *patologización preventiva de la vida cotidiana* (15), ha de incidirse también en el *saludable negocio de la enfermedad*, en los términos descritos por Márquez (16). Específicamente, el paso del *tratamiento* de los casos de abuso detectados con métodos sancionadores a la involucración activa en labores de *prevención primaria*, como información (y algo más) a un nivel más general, se hizo con celeridad al convertirse el *problema de la droga* es un asunto de interés común y en una prioridad en los planes de salud pública. Así, ha sido objeto de controversia el tránsito regulado de forma institucional de modelos basados en la potenciación de medidas coercitivas centradas en un discurso estigmatizante del usuario a programas de reducción de daños y riesgos (tratamientos paliativos, de mantenimiento, de sustitución, o de desintoxicación) con intervenciones más pragmáticas, de tipo sociosanitario más acorde con una nueva cultura sobre las drogas (17,18,19,20,21). Ciertamente, como medidas de reducción de daños en materia de consumo infanto-juvenil de drogas destacan labores de educación en diversos entornos (familia, escuela, ambiente recreativo, etc.) mediante folletos o

utilizando la mediación de los iguales, si bien se constata que su eficacia es muy reducida si no se combina con otros tipos de intervención (22). Dada la naturaleza hipercompleja del fenómeno de las adicciones en jóvenes las medidas reduccionistas están, en buena medida, abocadas al fracaso.

Como investigadores sociales se trata de promover acciones de intervención muy diversificada que respondan integralmente a semejante problemática hipercompleja, ya que, dada la naturaleza multifactorial de las adicciones se deberían diseñar intervenciones integrales que respondan a esa complejidad, si bien en estudios de revisión como el emprendido por Faggiano y Vigna-Taglianti (23) se concluye que las intervenciones se suelen limitar a uno u otro mecanismo de acción de forma excluyente.

Ante propuestas de intervención psicosocial y psicoeducativa, como a las que se hará referencia en este estudio, no se puede obviar la naturaleza política de la acción social que evidenció magistralmente Freire (24,25,26). De modo análogo debemos preguntarnos sobre la responsabilidad del psicólogo en tales labores inquiriéndonos acerca de *¿quién es el 'cliente'?*, tal y como propuso Sánchez (1988) (27). Los potenciales *efectos perversos* de las acciones institucionalizadas han de ser desvelados ya que el poder de las instituciones para promover la construcción de una (la) realidad es enorme y, asimismo, el poder de los discursos y de la ideología es extraordinario (28). Además, la comprensión de los problemas sociales y la aportación de tentativas soluciones a los mismos suele estar entorpecida por el poder de una *ingeniería social* –en los términos evidenciados por Mishra (29)–, que *mecaniza* la acción social promotora de cambios. Se refuerza la visión dada desde el poder, lo cual, nos dirá Martín-Baró (30,31,32), nos lleva a los que intervenimos en la realidad social a ejercer, sin pretenderlo, de instrumentos al servicio de las necesidades del poder establecido.

En materia de drogas, como en otras muchas temáticas, se hace necesaria una propuesta-acción *radical* (*radix, radicem* ‘raíz’, se refiere a aquello que pertenece a la raíz, que tiende a ella, en sentido directo o figurado) en el sentido frommiano alusivo a *ir a la raíz* de los problemas y de lo esencial: la vida humana, porque sólo entonces se podrá desnormalizar aquello de lo que por acostumbrado no se duda y se promoverán acciones comprensivas desde posicionamientos críticos. La concientización radical debe ir precedida por un ejercicio de desvelamiento de aquello a lo que estamos acostumbrados en lo referente a la construcción social del calificado como *problema de la droga*. Hacernos partícipes de esas acciones de cambio que vayan a la esencia (condicionantes cultura-

les, intereses políticos y socioeconómicos, representaciones colectivas, etc.) sólo podría resultar verosímil si sentimos y actuamos como agencias y productos de poder y transformación social que somos. No es conveniente ni responsabilizar meramente al individuo de sus “problemas”, en buena medida heterocondicionados por estructuras intermedias legitimadas ni, por otro lado, contribuir a problematizarlo. Considerado ya sea como símbolo o síntoma de trastornos sociales, producto de una cultura usuaria de drogas o como mecanismo de adaptación en una sociedad desadaptativa, de un modo u otro, el *problema de la droga* tiene una innegable raigambre sociocultural y está politizado e ideologizado.

Por consiguiente, cualquier intento *radicalmente* comprensivo de abordar e intervenir sobre este fenómeno debe desarrollar la potencialidad, como virtud generativa de naturaleza social, de hacer algo por cambiar las realidades institucionalizadas que se nos representan. En cambio, hay que evitar cambiar todo *para que todo siga igual*, como si de una renovada manifestación de ciertas emergencias vitales de *El Gatopardo* de Lampedusa (1958) (33) se tratara.

Prevención integral a modo de retroalimentación de poderes: familia, escuela y comunidad

Salud y enfermedad, conceptualizadas tradicionalmente como cuestiones que afectan solo a la esfera individual, se han convertido en *asunto de todos*, implicándose -o al menos, evidenciándose-, otras condiciones y condicionantes de marcada índole política, social, comportamental, grupal, etc. Tal y como se ha expuesto, el problema del abuso de drogas es un fenómeno que debe abordarse integralmente ya que se inscribe dentro de un contexto en el que se interrelacionan tanto consumidor de drogas, como esferas próximas e individuos que comparten su espacio social y cultural, a lo que se suma el *escenario de conducta*, en el sentido ya especificado hace décadas por Barker (34). La captación comunitaria, así como la propia valoración de recursos, las labores de formación de profesionales o la investigación básica en general y del ambiente físico y social, entre otros, se hace necesaria dentro de propuestas de intervención primaria. A ello se han de sumar intervenciones en los escenarios y con los colectivos implicados en el proceso de socialización juvenil, a nivel psicoeducativo y comunitario (35). Y es que, desde hace décadas, se viene demandando que la intervención sobre las múltiples circunstancias concurrentes representa una *acción permanente de tipo preventivo*, en los términos expuestos hace décadas por Cowen (1973) (36). La implicación de todo el tejido social

-jóvenes, iguales, familia, escuela, comunidad- y el desarrollo de mecanismos de coordinación de servicios o la búsqueda de nuevas formas de apoyo social y comunitario y la importancia en la integración, participación y funcionamiento de todos los agentes formales e informales son algunas de las labores de mayor significación. La demanda de una *intervención contextual*, que complementa a la educativa-preventiva y a la educación primaria en la familia, representa una solicitud no sólo lícita, sino obligada. El *miembro* individual es, en parte, lo que es por su vinculación al *cuerpo* social. Lo social precede a lo individual, siendo al principio la comunidad como instancia constitutiva y producto singular del tejido social (37). Precisamente, por la interrelación entre simbolismos, significados, prácticas, convenciones, dinámicas contextuales, historicidades, etc., es como se ha ido conformando, de modo que resultaría contrapreventivo cualquier otro tipo de actuación que desvinculase al usuario, de la sustancia y del contexto en sí mismo.

Mediante la prevención-intervención se debe formar, más que meramente informar, ya que, ciertamente, ni estas medidas se agotan en la información, ni informar supone necesariamente prevenir de forma óptima. De la equiparación y confusión entre ambos, prevención e información disuasoria, se han derivado multitud de fracasos. De hecho, los resultados derivados de cualquier acto informativo no son comparables a los cambios positivos observados al implementar programas formativos o de capacitación con reentrenamiento en habilidades básicas, cambio actitudinal, concientización activa o acciones que promuevan la capacidad crítica, entre otras opciones (38). Aparte de tales actuaciones, otros programas preventivos se incluyen dentro de un conjunto de medidas dirigidas a promocionar la salud u otras medidas preventivas más amplias (*genéricos*) y un tercer grupo incluyen la aportación de información (generalmente por un igual, no por un experto). En concreto, a pesar de que los beneficios preventivos son menores en relación con otras estrategias multimodales, de acuerdo con Bukhart (39), las acciones meramente informativas en materia de drogas dirigidas al colectivo infanto-juvenil siguen siendo practicadas a gran escala en Europa. A este respecto, baste recordar que en un estudio de revisión de Calafat y colaboradores (40) sobre una muestra de cuarenta programas de prevención concernientes a ambientes y actividades recreativas nocturnas en diez países europeos, se evidenció que el objetivo del ochenta por cien de las intervenciones era proporcionar información sobre las drogas y reducir el daño asociado a su consumo. De este modo, reducir el consumo de drogas era un objetivo planteado en tan sólo dos de los programas objeto de análisis. En la mayoría de los programas se utilizaban estrategias informativas, si bien

en otros eran empleadas modalidades de carácter psicosocial como asesoramiento de profesionales (30% de los programas), propuestas de ocio alternativo (40%) y participación de los iguales en labores preventivas, presentes en el 24% de los programas analizados.

La identificación de las influencias sociales para poder hacer frente a las mismas, así como el intento de favorecer la toma de decisiones asociado a un entrenamiento en habilidades sociales para poder responder adecuadamente a las presiones del medio son los objetivos básicos de las modalidades *psicosociales*. A estos se suman *programas de habilidades generales* que se basan en el reconocimiento de que existe un factor multicausal en el proceso de inicio al consumo de sustancias psicoactivas y se incide en el entrenamiento de habilidades sociales más amplias (cognitivo-conductuales, comunicacionales, desarrollo de la capacidad crítica frente a la persuasión, manejo de situaciones generadoras de ansiedad, habilidades comunicacionales e interpersonales, etc.). Con el fin de evitar o retrasar el inicio del consumo de drogas en menores son sumamente aconsejables los programas de prevención e intervención bajo diversas modalidades de acción. Agencias como la European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (41,42,43) cuestionan la eficacia preventiva de las charlas informativas como la única actividad preventiva, si bien éstas continúan siendo el principal instrumento de la prevención universal en el ámbito escolar y a escala local en la mayoría de los países europeos. Es un hecho la escasa acción de los programas basados en la didáctica formativa en modificar conductas de consumo (44,45). Baste hacer mención al estudio de la EMCDDA en 2009 (46) en el que se han evaluado setenta y ocho proyectos emprendidos en quince países europeos, constatándose que en cincuenta y dos se planteaba como principal objetivo minimizar el daño y en veintiséis de ellos la prevención y reducción del consumo de drogas, de modo que casi la mitad de los proyectos se centraban en proporcionar información como única estrategia de acción. Programas articulados en torno a modalidades integrales de actuación en los que se ven involucrados no solo los propios jóvenes, sino el grupo de iguales, así como agentes socializadores (familia y profesorado) y el área socio-institucional (sanitarios, administradores locales, etc.) con participación activa de tales colectivos han mostrado mayor eficacia preventiva (47,48).

Como entidad biopsicosociológica que es el individuo ha de ser contemplado como tal desde análisis identificativos de la visión integral de las adicciones (49,50,51,52). Siendo así, como escenarios psicosociales, familia, escuela y comunidad son los pilares básicos sobre los que se ha de asentar, y que han de intervenir

activamente, en las actuaciones de prevención. Representan agencias proveedoras de apoyo social que han de colaborar en las labores de identificación de prioridades, en intentos de consensuar las modalidades de intervención, concitando los apoyos e, idealmente, contando con la corresponsabilización e implicación participativa de la población diana. En las últimas décadas, intentos de responsabilizar a los contextos próximos e individuales de la existencia y resolución de problemas están siendo reemplazados por una visión más abaharcante en la que se implique también a la comunidad (53,54,55). En este sentido, son de gran interés las modalidades de prevención ambiental mediante estrategias que intervienen sobre las normativas, los entornos recreativos, los condicionantes sociales y las presiones económicas (39).

Las estrategias multimodales se centran en torno a tres áreas de interés: a nivel macro en forma de políticas de control de alcohol y tabaco, en estrategias de mejorar el clima en centros educativos y en políticas locales reguladoras de entornos recreativos (56,57,58,59,60). Los factores relativos a la comunidad incluidos en estos modelos y teorías se refieren frecuentemente a la disponibilidad de sustancias, la privación socioeconómica y la existencia de normas tolerantes hacia el consumo dentro de la comunidad (61,62). Se propone abogar, en consecuencia, por la revalorización de la dimensión psicosocial, socioeducativa y comunitaria. Desde hace décadas, se está defendiendo un *comunitarismo* en el que el papel de la educación en entornos tanto informales como reglados sería, de acuerdo con Strike (63), de iniciación individual en la cultura de grupo y sociocomunitaria. A ello debería sumarse un intento de formar ciudadanos críticos (64), de modo que sistemas como el educativo o el familiar, como escenarios psicosociales priorizados, han de convertirse en espacios no meramente reproductores de las visiones dominantes, sino también generadores de innovaciones sociales. Ciertamente, familia y escuela representan las principales agencias de socialización de niños y adolescentes (65), actuando como marcos referenciales básicos, así como baluartes de influencia social normativa, como moduladores de la esfera socioafectiva y de tantos otros procesos psicosociales de gran trasfondo. Es bien sabido que la experimentación juvenil con drogas está determinada por los efectos del modelamiento simbólico, por parte de agencias socializadoras por excelencia como la familia (66) o el propio grupo de iguales (67), así como por la acción conjunta de ambos (68). También abundan las actuaciones socioeducativas en materia de consumos problemáticos de drogas en los casos de menores en condiciones de riesgo (69,70,71). En este sentido, son de interés los estudios de intervención psicosocial mediante la modalidad de *ou-*

treach familiar sistémico (IOFS) en jóvenes consumidores de drogas (72). A nivel sociocomunitario han demostrado su eficacia intervenciones en contextos recreativos nocturnos adaptados a la realidad española (73) y otros en los que se plantea la conveniencia de tener en cuenta la variable de origen cultural en las acciones educativas y sociosanitarias (74).

En definitiva, familia, escuela y comunidad han de converger en el intento de acción preventiva integral mediante la que se potencien estados de bienestar intra e interpersonal, basados no solo en la optimización de los recursos psicosociales de los adolescentes (habilidades, destrezas, competencias, mecanismos de afrontamiento a la presión grupal, etc.) frente al consumo problemático de drogas. Hemos de comprometernos en propuestas de acción mediante las cuales se tienda al ejercicio de la prevención e intervención con y desde la familia, la escuela y la comunidad basada en el poder del compromiso y tendentes a la superación de intervenciones institucionales *por decreto*.

1. Intervención en el ámbito familiar

A pesar de crisis referenciales y de identidad de las tipologías tradicionales de familia contemporánea y de alusiones a procesos de *desinstitucionalización* de esta agencia socializadora por excelencia como *permanente vital-cultural* es origen, mediación y destino de la vida (75,77,78). La derivación hacia familias postmodernas o postnucleares (79,80) ha promovido cambios en el trato y en los estilos parentales, en sus significados y simbolismos, si bien su referente como baluarte psicoafectivo de los adolescentes y jóvenes no se cuestiona. La comunicación fluida y el apoyo percibido de los padres representan factores de protección asociados a los estilos de vida saludables a cualquier edad (81,82).

Se confirma el efecto del modelado paterno sobre el consumo de sus hijos adolescentes, de modo que se han analizado las experiencias paternas, así como la percepción del riesgo inherente a tales consumos problemáticos. Son numerosos los estudios en los que se incide en el estudio de variables familiares relacionadas con el consumo de drogas en jóvenes, tales como los estilos educativos (83,84), el conflicto marital (85) o el apoyo familiar (86), entre otros. Se ha confirmado el hallazgo bien establecido en la literatura sobre el tema en relación a la influencia ejercida por las experiencias paternas con las drogas sobre las actitudes hacia el consumo de sus hijos (55;87,88). En consecuencia, se propone que las *experiencias paternas con las drogas* pueden actuar como acción reforzante directa o vicaria de la iniciación y mantenimiento del consumo, cuya raigambre es eminentemente psicosocial.

Factores de riesgo de origen familiar vinculados a desregulaciones varias, tales

como los concernientes a déficits comunicativos, debilitamiento de apegos, desajustes en las pautas socializadoras o experiencias de modelado, han sido objeto de estudio. Esto se constata al revisar la literatura sobre el tema de los últimos años, destacando especialmente los estudios sobre estilos de socialización parental y uso de drogas (89,90,91,92,93,94,95,96). Desavenencias con las figuras paternas, así como desregulaciones de la *dinámica sociofamiliar* y déficits comunicacionales, la influencia de la *relación afectiva padre-hijo* y el tipo de socialización se vinculan a la iniciación al consumo (97). En sentido opuesto, se constata el efecto de un factor de protección asociado al apego familiar y apoyo social percibido (98,99,100,101). En este sentido, se ha confirmado la eficacia de programas dirigidos a fomentar en los padres una crianza adecuada que redunden en la mejora de sus habilidades parentales (102).

La extensión de la demanda de una intervención psicosociopedagógica al ámbito familiar se fundamenta sobre la convicción de las asentadas funciones de la institución familiar como educadora, transmisora de normas y valores, reorientadora de conductas, etc. Se demanda una participación activa de los padres en el centro escolar y en el proceso de enseñanza-aprendizaje cuya eficacia se ha constatado suficientemente ante conflictos diversos, problemas de rendimiento escolar, formación y/o reformulación de actitudes, etc. (103). Mediante la implicación activa de la familia se fortalece ése como el ámbito prioritario de prevención primaria. Sin embargo, con frecuencia, la colaboración familia-escuela, mediada por intervenciones de cariz sociocomunitario o en sí misma, no se produce ni es efectiva y aumenta la desconexión entre uno y otro ámbito (104). En intervenciones puntuales en materia de drogas, padres y profesores no delimitan suficientemente sus campos de actuación y sus (des)encuentros suelen estar jalonados de contradicciones y críticas. Efectivamente, de acuerdo con Gallegos (105): “Los padres ‘esperan’ que sean los maestros y profesores quienes informen y formen a sus hijos, que los ‘defiendan’ del consumo de drogas, mientras los profesores ‘esperan’ que sean los padres los que tomen una postura responsable y decidida en este campo, que consideran ajeno a sus labores docentes”. Se incide, pues, en la conveniencia de que aumenten las intervenciones conjuntas de padres y profesores en el marco escolar, que trasciendan la involucración de los padres en órganos de gestión escolar o puntualmente en programas de prevención de las drogodependencias y que suponga una auténtica colaboración entre familia, adolescentes y escuela.

Convenimos con Kumpfer, Fenollar y Jubani (106) en la necesidad de difundir a gran escala programas efectivos que se centren en la capacitación de las competencias familiares para prevenir múltiples problemas relacionados con el uso de sustancias adictivas en los menores de alto riesgo. En este sentido, los autores presentan datos a favor de la eficacia del *Programa para Fortalecer a las Familias* (SFP) de Kumpfer y DeMarsh (1985) que cuenta con una dilatada experiencia a lo largo de tres décadas y con diversas adaptaciones socioculturales. Incrementar los recursos de afrontamiento de la familia, la competencia social de los hijos y mejorar las habilidades de crianza de los padres representan propósitos tendentes a la reducción de los factores de riesgo (107,108). Como es bien conocido, este programa cuenta con numerosas adaptaciones culturales (109,110,111,112,113). Cabe señalar que en un metanálisis sobre los programas de prevención del alcoholismo en las escuelas (114) se constató que la versión de siete sesiones del “SFP light” para edades de 10 a 14 años era el doble de eficaz en reducción del consumo de alcohol que cualquier otra intervención en escuelas. Asimismo, en la revisión de Foxcroft y Tsertsvadze (115) también se confirmó que las intervenciones familiares eran las más eficaces.

Las intervenciones preventivas familiares en el aula constituyen una pieza clave en cualquier plan de prevención (116,117,108,118) y ha de hacerse un ingente esfuerzo por superar los inconvenientes derivados de la participación selectiva de los padres en tales propuestas, como han demandado, entre otros Dishion, Kavanagh & Kiesner (119). Con respecto a la decisión de los padres de participar en intervenciones preventivas relacionadas con la salud de sus hijos se constata que depende de diversas variables, entre ellas de sus experiencias como de los propios centros escolares. Así, en diversos estudios se evidencia que la presencia de menos factores de riesgo en la socialización permisiva en la experimentación con drogas se relaciona con la asistencia e interés mostrado ante las convocatorias del centro escolar en actividades preventivas (120). Como es sobradamente conocido, los porcentajes de participación de los padres en labores de prevención de las drogodependencias juveniles son bajos, y no se distribuyen aleatoriamente entre toda la población, sino que, como constataron hace años Klitzner, Gruenewald & Bamberger (121) los asistentes suelen ser los padres de familias con menor cantidad o intensidad de factores de riesgo. Asimismo, se determina las bajas tasas de participación en los programas de prevención están relacionadas con variables sociodemográficas y factores de riesgo para el consumo de drogas asociados a la conducta de los padres (122). De acuerdo con Al-Halabi et al. (120), ciertos aspectos de los centros esco-

lares pueden influir en la decisión de los padres de participar en los programas de prevención, centrándose la atención en las creencias de los padres y sus actitudes hacia el colegio, la percepción paterna acerca de la información que reciben sobre sus hijos o la calidad de la instrucción académica (123). Por tanto, la calidad de la relación de los padres con los agentes de la institución educativa puede influir en su disposición de participación en los programas de prevención familiar en entornos escolares, de ahí la necesidad de intervenir a un nivel más amplio en la vinculación entre familia y comunidad educativa.

2. Escuela: educación preventiva y prevención educativa

Dada la inextricable vinculación del ámbito académico con el personal y el sociorrelacional del propio adolescente, todos esos planos han de incardinarse en propuestas de actuación integral en adicciones donde cobre un renovado sentido la acepción del *educere* (superando la instrucción y el adoctrinamiento propia del *educare*). Educar, de acuerdo con una acepción laxa, es prevenir (*praevenire*), esto es, preparar con anticipación las cosas necesarias para determinado fin al mostrar *lo que va a venir* mediante la licitación de la necesidad y la autoaceptación. Es prevenir en el sentido de anticipar y de formar criterio. Así, en materia de prevención de las drogadicciones, y en otras muchas, supone una petición lícita que a la *Educación para la Salud*, como tema transversal propuesto desde un modelo integrado en el diseño curricular de los centros educativos, se sume un intento de aportar *salud para la educación*, priorizando en esta oportunidad el objetivo de reconstruir discursos y prácticas, políticas y responsabilidades, diseños y métodos. Educar *para la salud* con programas educativo-preventivos o comportamentales-educativos no supone meramente destinar unas sesiones a informar sobre los riesgos de las drogas, sino, más bien, o a la par, que una labor informativa bien diseñada, se deberían reformular actitudes, entrenar habilidades, ofertar alternativas, preparar para la resistencia a la persuasión, ejercer liderazgo, compartir derechos y responsabilidades sociales, sentirse corresponsable de los hábitos saludables, asegurar un aprendizaje significativo y promover el pensamiento crítico, entre otros objetivos. Educar para la libertad y la responsabilidad, lo cual supone una educación para la *ciudadanía crítica* es una opción que, dadas las condiciones de la sociedad contemporánea, ha de potenciarse desde diversas instituciones, aparte de la educativa (124).

Las propuestas educativo-preventivas, como labor comunitario-escolar, permitirán enriquecer la formación en valores de los alumnos, dotarles de oportunidades de elección/rechazo y de pautas de actuación saludables con respuestas

alternativas, transmitirán unos contenidos integrados dentro de su rutina académica que le alejarán de la idea relativa a la educación para la *salud* como algo relegado a intervenciones puntuales e, idealmente, posibilitará integrarles a una comunidad de ciudadanos más cohesionada y participativa. Semejante intervención sólo podrá implementarse con éxito si se prevén cambios parejos en la comunidad educativa que favorezcan la adecuación del mensaje a un ámbito educativo más participativo. Ha de haber un ajuste entre familia, escuela y comunidad a múltiples niveles que posibilite o, al menos, no entorpezca la incardinación de propuestas transformadoras.

La mayoría de los programas preventivos del consumo de drogas son escolares, siendo las intervenciones escolares más exitosas aquellas que combinan la competencia social con la influencia social y los programas enfocados en el desarrollo de habilidades para el manejo de emociones y en la toma de decisiones (125). En prevención en el entorno escolar se constatan los beneficios del trabajo cooperativo en la prevención de las drogodependencias juveniles (126) dada la importancia de las actividades cooperativas y colaborativas en el desarrollo integral de los individuos. Tales beneficios se basan en el hecho de que en el grupo de iguales los adolescentes ponen en marcha procesos psicosociales de identificación con el *peer-group* que contribuyen a la (re)definición de su identidad personal y grupal. Estos procesos y mecanismos de modelado influyen en la iniciación y/o mantenimiento de la experimentación temprana de drogas como el alcohol, tal como hemos comprobado en otros estudios (127,128,129,51). La iniciación al consumo se suele producir de la mano de miembros cercanos del grupo de iguales, así la acción de las influencias sociales, y en concreto de amigos consumidores, es un factor predictor de la iniciación al consumo de drogas (99,130,131,132).

A pesar de los beneficios de la prevención e intervención psicoeducativa en la escuela hay que advertir que un intento excesivamente persuasivo de *imposición* de actitudes promotoras y potenciadoras de salud puede, efectivamente, ser juzgado como un acto intrusivo en el que la comunidad escolar y, fundamentalmente, el alumnado como *población subsidiaria*, no se sienta representado ni actúe como agente crítico. Institucionalizar las actividades de *Educación para la Salud* como una asignatura más impartida podría conducir a una ritualización de las mismas. Recordemos que, según lo expuesto por Gil (133), se intentó zanjar la antigua polémica acerca de cuál debería ser el tratamiento de la Educación para la Salud dentro del sistema educativo: ser tratados al margen de los objetivos reglados en el sistema temas como los relativos a drogas, higiene, sexualidad, etc.,

bajo la forma de charlas o conferencias de expertos; posturas propias del *modelo puntual* desde el que se defiende la escasa preparación del profesorado en estas materias y la inadecuación de este forma de prevención educativa, aunque se les forme al efecto por las propias condiciones de la relación docente-discente y aportaciones desde las que se evidencia lo insuficiente de las intervenciones puntuales para educar en la salud a los jóvenes y se aboga por la integración dentro del *currículum* de estos contenidos (modelo autónomo), lo cual representaría una institucionalización de esa temática concreta, han sido las propuestas más sobresalientes. En la L.O.G.S.E. (1990) se abogaba por el *modelo integrado*, consistente en el abordaje de estos temas en el marco de las asignaturas existentes, lo cual, como hemos advertido, puede convertirse en una nueva forma de educación reglada en la que se actúe por compromiso no con la comunidad, sino en atención a las demandas sociales mismas que depositan demasiadas funciones en el ámbito educativo y en su profesorado como agentes sociales responsables de estas actividades. El tratamiento de tales temas durante la vigencia de la Ley Orgánica de Calidad de la Educación (L.O.C.E., 2002), así como en la Orgánica de la Educación (L.O.E., 2006) y en la actual Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa (L.O.M.C.E.), promulgada en 2013, no ha variado de forma significativa. Semejantes actividades de prevención se propone que se incardinan en Unidades didácticas interdisciplinarias en E.S.O. y Bachillerato, a modo de temas transversales especialmente vinculados a la Educación para la Salud y, en menor medida, la Educación del Consumidor (126) mediante las que se tiende al fortalecimiento de respuestas adaptativas a situaciones de riesgo subjetivo, la mejora de las competencias relacionales, la expresión asertiva de los sentimientos, de los procesos de autocontrol y de las tomas de decisiones, así como la mejora de las habilidades de resistencia a la presión grupal incitadora al consumo. Asimismo, sin incurrir en el error de institucionalizarlos de forma excluyente respecto a otras medidas, los contenidos transversales pueden utilizarse como instrumentos de promoción de cambio y como auténticas herramientas de planteamientos educadores críticos. De este modo, fomentar el sentido de valía e implicación personal es dotar de salud a la educación y a la comunidad.

3. *Utopía comunitaria*

Hallar el reino de la libertad en el reino de la necesidad, como Marcuse nos reveló en *El final de la utopía* (1981) (134), es una posibilidad mediante la que el individuo se adapta a la *necesidad* socioconstruida (ocio juvenil de fin de semana, consumismo, percepción de libertad, euforia perpetua, etc.). Puede que

no sea necesario escapar a la *lógica del dominio* para *ser feliz* en el sentido de Huxley, 1969 (135) donde la autonomía de la voluntad prima por encima de la *verdadera felicidad*. En la práctica, se demanda pasar de la responsabilización problematizadora de la salud/enfermedad a la asunción participada de la corresponsabilidad, implicar a la familia superando la delegación de labores educativo-preventivas, así como promover la reconversión de la institución escolar en auténtica comunidad educativa como sistema social participado. Se reclama la participación, como acto de responsabilidad participada, no solo de la familia y de la escuela como instituciones socializadoras sino de la comunidad y de sus agentes formales e informales.

Para labores de prevención comunitaria el entorno escolar sigue siendo el ámbito idóneo (136) en las tareas de compartir -que no delegar por sistema- la labor preventiva-educadora tanto en labores de promoción general como específica de la salud. Sin embargo, abundan las críticas al intento de reducir la prevención al marco educacional, así como se advierte acerca de las consecuencias negativas de la institucionalización de contenidos impartidos o de la no implicación corresponsable de otros agentes sociales. Décadas atrás se operativizaron propuestas de *escuela comunitaria*, tales como las programadas por Hargreaves (137) y explicitadas por Martín-Moreno (138), redefiniéndose la importancia de la *promoción de la comunidad* dentro del centro educativo, la *participación de la comunidad externa en el centro educativo*, la *organización del centro educativo como centro escolar comunitario* o la refocalización del *currículum en la comunidad* (véase Martín-Moreno, 1996, pp. 275-276).

Últimamente, en intervenciones multicomponentes del consumo problemático de drogas en jóvenes abundan las modalidades de intervención de carácter comunitario, tales como estudios que se han basado en análisis e intervenciones de cariz sociocomunitario en entornos nocturnos de abuso de consumo de alcohol (139,140,141,142,143). Específicamente, se interviene en los locales en los que se consume alcohol potenciando medidas tales como la formación de los empleados en labores de educación de los clientes, el desarrollo de políticas de reducción de riesgos y la revisión del cumplimiento de las normativas que disminuyan los riesgos derivados del consumo de alcohol en menores (22). Así, en la revisión de Cochrane (144) se comparaban los estudios previos en los que los empleados de los locales habían participado en intervenciones cuyo objetivo era facilitar un consumo responsable de alcohol y/o prevenir la violencia con los locales que no habían recibido dichas intervenciones llegando a la conclusión de que no hay evidencia fiable de

que tales intervenciones sean eficaces en la prevención de la violencia. Por otro lado, en revisiones como las de Faggiano y Vigna-Taglianti (23) se incide en la eficacia preventiva de las intervenciones en los medios de comunicación acompañadas de acciones comunitarias (145).

En intervenciones sociocomunitarias son muchas las instancias a las que trata de comprometer en la regulación de la vida nocturna. Se combinan diversas intervenciones, tales como: *a*) Concienciación y movilización de la comunidad; *b*) labores de formación en sectores relacionados con la vida nocturna recreativa; *c*) Mejora de los niveles sanitarios y de seguridad de las zonas y locales nocturnos (entornos saludables); *d*) Educación de los clientes para reducir los riesgos derivados de los consumos y *e*) Cumplimiento de la ley, entre otras medidas priorizadas (73). Siguiendo a Calafat y colaboradores (2009), se citan a continuación algunos ejemplos de intervenciones comunitarias a nivel internacional que han demostrado su eficacia: *a*) *Community Trials Project* o (Salinas, California). Se logró reducir la tasa de accidentes de tráfico nocturnos y los ingresos hospitalarios derivados de los mismos (146); *b*) *The Surfers Paradise Safety Action Project* (Queensland, Australia) con reducción de la violencia y los delitos (dentro y fuera de los locales) y en el consumo irresponsable de alcohol, así como mejoras en las medidas de seguridad, en los espectáculos, en el trato a los clientes y en las políticas de transporte (147); y, entre otros, *c*) *STAD (Stockholm Prevents Alcohol and Drug Problems)* basado en la movilización de la comunidad, la formación de los empleados de los locales en SRB y un cumplimiento más estricto de las leyes reguladores de los consumos de alcohol. Se constató un descenso de los problemas provocados por el alcohol en los establecimientos autorizados, sí como creciente rechazo a servir alcohol a menores, entre otros logros (148). En definitiva, convenimos con Calafat y colaboradores (73) en que la investigación indica que el enfoque comunitario es más eficaz que la ejecución de intervenciones aisladas (149,150), si bien el problema de los proyectos comunitarios es conseguir la continuidad tras la fase inicial y a medio plazo surgen inconvenientes como el liderazgo, la participación de la comunidad o la financiación. En cualquier caso, demandamos con Garrudo (151) la cooperación entre familia, escuela y comunidad en el objetivo común de la educación para la salud de niños y jóvenes. Es necesario ampliar la dimensión comunitaria a todos los colectivos implicados, lo cual supone compartir colaborativamente las labores de prevención entre todos los agentes sociales.

Discusión: Acerca de utopías y de la parábola del Señor K

Hubo un tiempo en que las utopías eran sistemáticamente desdeñadas por la propia imposibilidad de realización que, paradójicamente, entraña ese plan ideal, imaginario y sistemático de una sociedad en constante proceso de búsqueda, que se conforma, con desesperanza, a lo que halla en un intento de *llegar a alguna parte*. Ahora que los proyectos utopistas parecen seguir *no estando en ningún lugar* también son rechazados porque tenemos las consecuencias de su realización quimérica. El *derecho a ser desgraciado* (Huxley, 1932) entre tanto dominio actual de felicidad fingida y vida colectiva placentera, puede que se convierta en una reclamación atendida. El deseo de desasirse de ciertas ataduras, aun agudizándose el sentimiento de desprotección, nos acercará a nuestra particular utopía. Esto puede ser aplicado al que tiende a calificarse como el *problema de la salud*. Llamémosle así por la dificultad de alcanzar la optimización del estado de bienestar físico, psicológico y social que define el estado de salud en sí mismo, definido en estos términos por la O.M.S., que se nos trata de imponer (15). De modo análogo, el denominado *problema de la droga* entre la juventud, ha sido problematizado, ya sea mediante un proceso de estigmatización del individuo, por un interesado afán benefactor, convirtiéndose en un asunto político y en una preocupación de la opinión pública, así como siendo objeto de un proceso de institucionalización. Se ha defendido a lo largo de este trabajo que la prevención ha de ser una actitud permanente y diaria (152), más que una obligación condicionada por una instrucción reglada (institucionalización de la prevención) o una posición convenida adoptada en ocasiones puntuales. De ahí que pueda resultar contraproducente la prevención en el ámbito educativo *a golpe de calendario*, lo cual no supone, sino, el empleo generalizado de mensajes no selectivos dirigidos a amplios colectivos, mediante el cual se tienda a reforzar en sus convicciones a los ya convencidos y se puedan provocar efectos no deseables en otros alumnos. Ante la hegemonía de la profesionalización de los problemas de la vida cotidiana, la acción preventiva se vehicula a través de intentos de aunar esfuerzos en propuestas optimizadoras de recursos personales, de mejora de las relaciones paterno-filiales, de afrontamiento de las presiones grupales y de sensibilización social y comunitaria. Se aboga por la demanda de una *intervención psicosocial contextual*, que complemente a la educativa-preventiva en las aulas y a la educación primaria en la familia potenciando labores tales como las relativas a la concienciación personal, intentos de promover cambios estructurales, implicaciones

comunitarias, pedagogía del ocio y alternativas de tiempo libre, etc., aunándose apoyos en distintos escenarios familiares, socioeducativos y comunitarios.

Como decía al maestro Ortega y Gasset en *España invertebrada*, hay quien sabe vivir como un sonámbulo, aunque hay quienes todavía no han logrado aprender ese cómodo estilo de existencia y siguen en pos de utopías vitales. La Utopía como *proyecto*, en sentido orteguiano, como motor necesario para el desarrollo de las propias aspiraciones, no se agota en el yo, sino que debe ser, esencialmente, un proyecto comunitario donde la doble perspectiva -tanto propia del ser (*ontogénica*) como de la especie (*filogénica*)- tienda a converger en unos ideales y proyectos *utopistas* comunes. No obstante, la malformación aberrante de la esperanza provocada por la necesidad de su cumplimiento puede derivar en *síndromes de utopía*, en el sentido dado por Watzlawick (153), tales como el síndrome de querer vivir en un mundo sin droga o de patologizar nuestro estado de salud (15). En suma, a pesar de las buenas intenciones de programas educativo-preventivos, campañas institucionales, intervenciones colaborativas, etc., seguimos en la diatriba entre la obligación de cambiar y de permanecer o acaso de *permanecer cambiando* en sentido heraclitiano (al final queda la sensación agri dulce de que todo sigue igual...). Debido a las presiones orquestadas desde diversos sectores la prevención en materia de drogas parece sometida a un proceso de *cambio obligado* que ha de trascender buenas voluntades o simples regulaciones y formulismos, a modo de lavados de cara, para intervenir de un modo comprensivo e integral. Si no fuera así, puede que nos suceda como al señor K. de la parábola referenciada por Bertolt Brecht -en el momento en que alguien se encontró con el señor K. y le comunicó que no había cambiado en nada en todos estos años, la reacción fue: "¡oh!, dijo el señor K. y empalideció"-, que la obligación de proponer medidas de intervención, máxime si son orquestadas institucionalmente, sea interpretado como un símbolo inequívoco de *permanencia en el cambio* o acaso de cumplimiento falaz del Principio de Lampedusa.

BIBLIOGRAFÍA

- (1). Gayá V. Aprender a beber, asignatura obligatoria: Más de la mitad de los jóvenes entre 12 y 18 años toma alcohol habitualmente. *El siglo de Europa*, 2012; 973, 44-45.
- (2). Pallarés J. Drogas y culturas juveniles. Un balance hacia el futuro. *Trabajo Social y Salud*, 2011; 69, 13-43.
- (3). Rodríguez-Martos A. ¿Por qué es tan difícil legislar sobre alcohol en España? *Adicciones: Revista de Sociodrogalcohol*, 2007; 19(4), 325-331.

- (4). Segovia JL. El consumo compulsivo “de todo” y el abuso de drogas. *Crítica*, 2010; 60(967), 16-21.
- (5). Observatorio Español sobre Drogas de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES). Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, Madrid, 2009. Recuperado de <http://www.mpspi.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/presentacionEdades200910.ppt>
- (6). Observatorio Español sobre Drogas de la Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES). Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social, Madrid, 2010. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2008.pdf>
- (7). Plan Nacional sobre Drogas. Informe de la encuesta Estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias 2012. Madrid, 2013.
- (8). Adan A. Impulsividad funcional y disfuncional en jóvenes con consumo intensivo de alcohol (binge drinking). *Adicciones: Revista de Sociodrogalcohol*, 2012; 24(1), 17-22.
- (9). Calafat A. El abuso de alcohol de los jóvenes en España. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 2007; 19(3), 217-223.
- (10). Farke W & Anderson P. El consumo concentrado de alcohol en Europa “Binge drinking in Europe”. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 2007; 19(4), 333-339.
- (11). Martínez A, Llorca J, Blasco M, Escrivá G, Martínez C y Marza A. Estudio descriptivo del consumo de alcohol en los adolescentes de Gandía. *Semerger: revista española de medicina de familia*, 2014; 1, 12-17.
- (12). Parada M, Corral M, Caamaño F, Mota N, Crego A, Rodríguez S y Cadaveira F. Definición del concepto de consumo intensivo de alcohol adolescente (binge drinking). *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 2011; 23(1), 53-63.
- (13). Calafat A, Fernández C, Juan M y Becona E. Cómo el propio consumo de drogas de los mediadores recreativos tiene implicaciones preventivas. *Adicciones*, 2005; 17(2), 145-155.
- (14). Moral MV y Ovejero A. Consumo abusivo de alcohol en adolescentes españoles: tendencias emergentes y percepciones de riesgo. *Universitas Psychologica*, 2011; 10(1), 71-87.
- (15). Moral MV. Crítica a la visión dominante de salud-enfermedad desde la Psicología Social de la Salud: Patologización preventiva de la vida cotidiana. *Boletín de Psicología*, 2008; 94, 85-104.
- (16). Markez I. El saludable negocio de la enfermedad. *Cáñamo: La revista de la cultura del cannabis*, 2003; 67, 52-54.
- (17). Laespada T e Iraurgi I. (Eds.) Reducción de daños. Lo aprendido de la heroína. Bilbao: Deusto Publicaciones, 2009.
- (18). Markez I. Aspectos sanitarios de la reducción de daños y riesgos en época de globalización. *Eguzkilore: Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología*, 2002; 16, 137-151.
- (19). Markez I. Las drogodependencias, la exclusión social y la reducción de daños. En J. Achótegui. *Exclusión social y salud mental*. Barcelona: Mayo, 2008.
- (20). Markez I. Dependencias: de la coerción a la reducción de daños. *Crítica*, 2010; 697, 33-38.
- (21). Markez I y Póo, M. Drogodependencias: Reducción de daños y riesgos. 2ª ed. Observatorio Vasco de Drogodependencias. Vitoria-Gasteiz, 2001.

- (22). Graham K. The ying and yang of alcohol intoxication: implications for research on the social consequences of drinking. *Addiction*, 2003; 98, 1021-1023.
- (23). Faggiano F & Vigna-Taglianti F. Drugs, Illicit – Primary Prevention Strategies. In: Kris Heggenhougen and Stella Quah (editors). *International Encyclopedia of Public Health*, Vol 2 (pp. 249-265). San Diego: Academic Press, 2008.
- (24). Freire P. Concientización y liberación. Una conversación con Paulo Freire (pp. 17-54). Rosario, Argentina: Axis, 1975.
- (25). Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. Río de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
- (26). Freire P. *La naturaleza política de la educación*. Madrid: Planeta-Agostini, 1985.
- (27). Sánchez A. *Psicología comunitaria: Bases conceptuales y métodos de intervención*. Barcelona: PPU, 1988.
- (28). Therborn G. *La ideología del poder y el poder de la ideología*. Madrid: Siglo XXI, 1987.
- (29). Mishra R. *El estado de bienestar en crisis. Pensamiento y cambio social*. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1992.
- (30). Martín-Baró I. *Acción e ideología. Psicología social desde Centroamérica*. San Salvador: UCA, 1983.
- (31). Martín-Baró I. *Hacia una psicología de la liberación*. En I. Martín-Baró, *Psicología de la liberación*. p. 283-302. Madrid: Trotta, 1988.
- (32). Martín-Baró I. *La liberación como horizonte de la psicología*. En I. Martín-Baró, *Psicología de la liberación*. p. 303-341. Madrid: Trotta, 1988.
- (33). Gilmour D. *El último Gatopardo. Vida de Giuseppe di Lampedusa*. Madrid: Siruela, 1994.
- (34). Barker R. Behavioral setting. In R. Barker et al. *Habitats, Environments, and Human Behavior* (p. 29-35). San Francisco: Jossey-Bass Publics, 1978.
- (35). Gotzens P. Programa de actuación sobre la problemática de las drogodependencias, a través de la acción comunitaria, en un barrio periférico de la ciudad de Valencia. En G. Musitu, E. Borjano, E. Gracia y J.R. Bueno. *Intervención psicosocial. Programas y experiencias*. p. 61-74. Barcelona: Popular, 1992.
- (36). Cowen EL. Social and Community Intervention. *Annual Review of psychology*, 1973; 24, 423-472.
- (37). Blanco A. La psicología comunitaria, ¿una nueva utopía para final del siglo XX? En A. Martín, F. Chacón y M. Martínez. *Psicología Comunitaria*. p. 11-33. Madrid: Visor, 1988.
- (38). Botvin GJ. Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: Consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología Conductual*, 1995; 3(3), 333-355.
- (39). Burkhart G. Prevención ambiental de drogas en la Unión Europea. ¿Por qué es tan impopular este tipo de prevención? *Adicciones*, 2011; 23(2), 87-100.
- (40). Calafat A, Fernandez C, Juan M, Anttila A, Arias R, Bellis MA et al. Enjoying nightlife in Europe. The role of moderation. Palma de Mallorca: Irefrea, 2003.
- (41). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA. Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents — A review of the theory and evidence base of indicated prevention. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2009.

- (42). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA. Polydrug use: patterns and responses. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2009.
- (43). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA. Annual report 2009: the state of the drug problems in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2009.
- (44). Botvin GJ & Kantor L. Preventing alcohol and tobacco use through life skills training theory, methods and empirical finding. *Alcohol Research and Health*, 2000; 24, 250-257.
- (45). Toumbourou J & Stockwell T. Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *Adolescent Health*, 2007; 4, 1-11.
- (46). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA. Trends and availability of responses to drug use in recreational settings in Europe, 2009. Poster downloadable in http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_78666_EN_RES%2020.pdf
- (47). Moral MV, Ovejero A, Sirvent C y Rodríguez FJ. Prevención e intervención psicosocial sobre el consumo juvenil de sustancias psicoactivas: comparación de la eficacia preventiva de cuatro programas. *Intervención Psicosocial*, 2005; 14(2), 189-208.
- (48). Pugés X, Vilardebó A, Martínez MA, García Py Jansá JM. Consumo de drogas en menores residentes en un área urbana pequeña. *Health and Addictions*, 2013; 13(2), 109-116.
- (49). Banderas CR, Martínez AJ y Romo T. Prevención integral de consumo de alcohol y drogas en estudiantes universitarios: una propuesta de intervención grupal. *Acta Colombiana de Psicología*, 2010; 13(2), 19-33.
- (50). Hadfield P. *Nightlife and Crime: Social. Order and Governance in International Perspective*. Oxford: Oxford University Press, 2009.
- (51). Moral MV, Ovejero A, Sirvent C, Rodríguez FJ y Pastor J. Efectos diferenciales sobre las actitudes ante la experimentación con alcohol y la percepción de riesgo en adolescentes españoles consumidores de cannabis y alcohol. *Salud Mental*, 2009; 32 (2), 125-138.
- (52). Sirvent C, Moral MV y Rodríguez FJ. Jóvenes & Alcohol: Conjunto didáctico-audiovisual para educadores, psicólogos, padres y colectivos mediadores. Valencia: Nau Llibres, 2007.
- (53). Alonso C. Intervención comunitaria para la prevención del consumo de drogas en la población infantil y juvenil. En C. Vélaz (Coord.). *Educación y protección de menores en riesgo: un enfoque comunitario*. p. 227-294. Barcelona: Grao, 2009.
- (54). Bröning S, Moesgen D & Klein M. Trabajar con hijos de familias afectadas por toxicodependencias: la intervención grupal comunitaria TRAMPOLINE. *Pedagogía Social: revista interuniversitaria*, 2013; 21, 67-84.
- (55). Espada S, Fernández F y Laporte M. Modelo integrador para personas con adicción a sustancias psicoactivas. *Revista Española de Drogodependencias*, 2012; 4, 449-460.
- (56). Akbar T, Baldacchino A, Cecil J, Riglietta M, Sommer B & Humphris G. Poly-substance use and related harms: A systematic review of harm reduction strategies implemented in recreational settings. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 2011; 35, 1186-1202.
- (57). Bonell CP, Sorhaindo AM, Allen EE, Strange VJ, Wiggins M, Fletcher A & Rhodes T. Pilot multimethod trial of a school-ethos intervention to reduce substance use: building hypotheses about upstream pathways to prevention. *Journal of Adolescent Health*, 2010; 47, 555-63.

- (58). Hawkins JD, Catalano RF, Arthur MW, Egan E, Brown EC, Abbott RD & Murray DM. Testing Communities That Care: The Rationale, Design and Behavioral Baseline Equivalence of the Community Youth Development Study. *Prevention Science*, 2008; 9, 178–90.
- (59). Kuntsche E, Kuntsche S, Knibbe R, Simons-Morton B, Farhat T, Hublet A & Demetrovics Z. Cultural and Gender Convergence in Adolescent Drunkenness: Evidence from 23 European and North American Countries. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2011; 165, 152–158.
- (60). McAlaney J, Bewick B & Hughes C. The international development of the ‘Social Norms’ approach to drug education and prevention. *Drugs: education, prevention and policy*, 2011; 18, 81–98.
- (61). Calafat A, Fernández C, Juan M y Becoña E. Gestión de la vida recreativa: ¿Un factor de riesgo determinante en el uso reciente de drogas? *Adicciones*, 2005; 17(4), 337-347.
- (62). Calafat A, Fernández C, Juan M & Becoña E. Recreational nightlife: Risk and protective factors for drug misuse among young Europeans in recreational environments. *Drugs: education, prevention and policy*, 2008; 15, 189-200.
- (63). Strike KA. The Moral Role of Schooling in a Liberal Democratic Society. *Review of Research in Education*, 1991; 17, 413-483.
- (64). Ovejero A. Escuela y Postmodernidad: reflexiones sobre los actuales problemas escolares. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 2002; 12(2), 67-86.
- (65). Pérez Alonso-Geta PM. La socialización parental en padres españoles con hijos de 6 a 14 años. *Psicothema*, 2012; 24, 371-376.
- (66). Martínez JL, Fuertes A, Ramos M y Hernández A. Consumo de drogas en la adolescencia: importancia del afecto y la supervisión parental. *Psicothema*, 2003; 15(2), 161-166.
- (67). Kloeppel M, Hendry LB, Ingebrigtsen JE, Glendinning A & Espness GA. Young people in ‘drinking’ societies? Norwegian, Scottish and Swedish adolescents’ perception of alcohol use. *Health Education Research*, 2001; 16 (3), 279-291.
- (68). Lloret D, Gázquez M, Botella A & Ferri M.J. Parent and peer influence models in the onset of adolescent smoking. *Health and Addictions*, 2013; 13(1), 59-66.
- (69). Capellán JM. Centroamérica: menores vulnerables y su relación con las drogas: un modelo de intervención educativo y preventivo. En L. Pantoja (Coord.). *Prevención selectiva del consumo de drogas en menores vulnerables: planteamientos teóricos y experiencias internacionales: avances en drogodependencias* (pp. 201-242). Bilbao: Universidad de Deusto, 2006.
- (70). Cortés R, Montejo E, Albizuri I, Arrate JJ, González I y Ortuondo A. Programas de intervención con menores en riesgo: elementos necesarios. En L. Pantoja (Coord.). *Prevención selectiva del consumo de drogas en menores vulnerables: planteamientos teóricos y experiencias internacionales: avances en drogodependencias* (pp. 131-150). Bilbao: Universidad de Deusto, 2006.
- (71). Pantoja, L. y Añãos, F. T. (2010). Actuaciones socioeducativas en menores vulnerables, en riesgo, relacionados con las drogas: Reflexiones críticas. *Pedagogía Social: revista interuniversitaria*, 17, 109-122.
- (72). Hidalgo C G, Hayden V, Santis R, Jamarillo A y Lasagna A. Desafíos y logros de la imple-

- mentación de una intervención psicosocial de outreach familiar sistémico (IOFS) en jóvenes consumidores de drogas. De familias y terapias, 2011; 20(31), 35-44.
- (73). Calafat A, Juan M y Duch MA. Intervenciones preventivas en contextos recreativos nocturnos: revisión. Adicciones, 2009; 21(4), 387-414.
- (74). Meneses C, Márquez I, Romo N, Uroz J, Rua A y Laespada MT. Diferencias de género en el consumo diario de tabaco e intensivo de alcohol en adolescentes latinoamericanos en tres áreas españolas (Andalucía, Madrid y País Vasco, 2013). Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2013; 33(119), 525-535.
- (75). Borobio D. Políticas familiares y cultura. En D. Borobio (Coord.). Familia y cultura. La Familia en el umbral del año 2000 (pp. 151-180). Salamanca: Publicaciones de la Universidad Pontificia de Salamanca, 1998.
- (76). Orwell G. 1984. Barcelona: Destino, 1952.
- (77). García F & Gracia E. Is always authoritative the optimum parenting style? Evidence from Spanish families. Adolescence, 2009; 44(173), 101-131.
- (78). García F y Gracia E. ¿Qué estilo de socialización parental es el idóneo en España? Un estudio con niños y adolescentes de 10 a 14 años. Infancia y Aprendizaje, 2010; 33(3), 365-384.
- (78). Musitu G y García JF. Consecuencias de la socialización familiar en la cultura española. Psicothema, 2004; 16, 288-293.
- (79). Burin M. La relación entre padres e hijos adolescentes. En M. Burin e I. Meler, Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad (pp. 193-210). Barcelona: Paidós, 1998.
- (80). Luengo T y Román JM. Familia postmoderna. En J. Romay, R.A. García Mira y J.E. Real (Eds.), Psicología Social y problemas sociales. Psicología Ambiental, Comunitaria y de la Educación (pp. 581-588). Madrid: Biblioteca Nueva, 2005.
- (81). Rodrigo MJ, Máiquez ML, Mendoza M, Rubio R, Martínez A y Martín JC. Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. Psicothema, 2004; 16 (2), 203-210.
- (82). Rodrigo MJ, Máiquez MJ, Padrón I y García M. (2009). ¿Por qué y con qué intención lo hizo? Atribuciones de los padres y adolescentes en los conflictos familiares. Psicothema, 21 (2), 268-273.
- (83). García Campos, F. y Segura, M.C. Estilos educativos y consumo de drogas en adolescentes. Salud y Drogas, 2005; 5(1), 35-56.
- (84). Lloret D, Segura MC y Carratalá E. Relaciones y reacciones familiares y consumo de alcohol y tabaco en adolescentes en población rural. Salud y Drogas, 2008; 8(2), 119-135.
- (85). Martínez A, Sanz M y Cosgaya L. Conflicto marital y consumo de drogas en los hijos. Adicciones: revista de Sociodrogalcohol, 2006; 18(1), 39-48.
- (86). López-Torrecillas F, Bulas M, León-Arroyo R y Ramírez I. Influencia del apoyo familiar en la autoeficacia de los drogodependientes. Adicciones, 2005; 17(3), 241-249.
- (87). Jennison KM & Johnson KA. Alcoholismo paterno como factor de riesgo para el diagnóstico de abuso y dependencia alcohólica según el DSM-IV en mujeres americanas: La protección de la cohesión diádica en la comunicación conyugal. American Journal of Drug & Alcohol Abuse, 2001; 27 (2), 349-374.

- (88). Moral MV, Ovejero A y Pastor A. Modelado familiar y del grupo de iguales sobre la experimentación juvenil con sustancias psicoactivas. *Boletín de Psicología*, 2004; 81, 33-68.
- (89). Becoña E, Martínez U, Calafat A, Fernández-Hermida JR & Juan M. Parental permissiveness, control, and affect and drug use among adolescents. *Psicothema*, 2013; 25(3), 292-298.
- (90). Becoña E, Martínez U, Calafat A, Juan M, Duch M y Fernández-Hermida JR. ¿Cómo influye la desorganización familiar en el consumo de drogas de los hijos? *Adicciones*, 2012; 24, 1-114.
- (91). Becoña E, Martínez U, Calafat A, Juan M, Fernández-Hermida JR & Secades-Villa R. Parental styles and drug use: A review. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 2012; 19, 1-10.
- (92). Calafat A, García F, Juan M, Becoña E & Fernández-Hermida JR. Which parenting style is more protective against adolescent substance use? Evidence within the European context. *Drug and Alcohol Dependence*, 2014; 138, 185-192.
- (93). Julià A, Escapa S, Mari-Klose M y Mari-Klose P. Factores de riesgo psicosociales en el consumo de tabaco de los adolescentes: estados de ánimo negativos, grupo de iguales y estilos parentales. *Adicciones*, 2012, 24, 309-318.
- (94). Kerr M, Stattin H & Özdemir M. Perceived parenting style and adolescent adjustment: Revisiting directions of effects and the role of parental knowledge. *Developmental Psychology*, 2012; 48, 1540-1553.
- (95). Moore GF, Rothwell H & Segrott J. An exploratory study of the relationship between parental attitudes and behaviour and young people's consumption of alcohol. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2010; 5, 6.
- (96). Trujillo AM, Pérez A y Scoppetta O. Influencia de variables del entorno social sobre la ocurrencia de situaciones problemáticas asociadas al consumo de alcohol en adolescentes. *Adicciones*, 2011; 23, 349-356.
- (97). Steinberg L, Blatt-Eisengart I & Cauffman E. Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful homes: a replication in a sample of serious juvenile offenders. *Journal of Research on Adolescence*, 2006; 16, 47-58.
- (98). Avena S & Hesselbrock V. La relación entre apoyo social percibido y consumo de drogas en hijos de alcohólicos. *Addictive Behaviors*, 2001; 26 (3), 363-374.
- (99). Graña JL y Muñoz-Rivas MJ. Factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo de iguales para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología Conductual*, 2000; 8, 19-32.
- (100). Martínez JM y Robles L. Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Psicothema*, 2001; 13, 222-228.
- (101). Martínez I, Fuentes MC, García F y Madrid I. El estilo de socialización familiar como factor de prevención o de riesgo para el consumo de sustancias y otros problemas de conducta en los adolescentes españoles. *Adicciones*, 2013; 25(3), 235-242.
- (102). Kumpfer KL. Effectiveness of family focused interventions for school-based prevention. En K. E. Robinson (Ed.), *Advances in schoolbased mental health interventions: Best practices and program models*. Kingston, NJ, US: Civic Research Institute, 2004.
- (103). Martínez González RA. Familia y educación. Fundamentos Teóricos y Metodológicos. Oviedo: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo, 1996.
- (104). Solé I. Las relaciones entre familia y escuela, *Cultura y Educación*, 1996; 4, 11-17.

- (105). Gallegos JJ. Prevención de la drogadicción en la familia, I. Madrid: Bruño, 1996.
- (106). Kumpfer KK, Fenollar J y Jubani C. Una intervención eficaz basada en las habilidades familiares para la prevención de problemas de salud en hijos de padres adictos al alcohol y drogas. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 2013; 21, 85-108.
- (107). Kumpfer KL, Alvarado R, Tait C & Turner C. Effectiveness of school-based family and children's skills training for substance abuse prevention among 6-8 year old rural children. *Psychology of Addictive Behaviors*, 2002; 16 (4), 65-71.
- (108). Kumpfer KL y Johnson JL. Intervenciones de fortalecimiento familiar para la prevención del consumo de sustancias en hijos de padres adictos. *Adicciones*, 2007; 19, 13-25.
- (109). Brook J, McDonald TP & Yan Y. An analysis of the impact of the Strengthening Families Program on family reunification in child welfare. *Children and Youth Services Review*, 2012; 34, 691-695.
- (110). Coombes L, Allen DM & Foxcroft DH. An exploratory pilot study of the Strengthening Families Programme 10-14 (UK). *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 2012; 19(5), 387-396.
- (111). Kaminski JW, Valle LA, Filene JH & Boyle CL. Meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Psychology*, 2008; 36: 567-589.
- (112). Kumpfer KL, Xie J & Magalhães C. Cultural adaptations of evidence-based family interventions to strengthen families and improve children's outcomes. *European Journal of Developmental Psychology*, 2012; 9 (1), 104-116.
- (113). Kumpfer KL, Xie J & O'Driscoll R. Effectiveness of a culturally adapted Strengthening Families Program 12-16 Years for high risk Irish families. *Child and Youth Care Forum*, 2012; 41, 173-195.
- (114). Foxcroft DR, Ireland D, Lister-Sharp DJ, Lowe G & Breen R. Longer-term Primary prevention for alcohol misuse in young people: A systematic review. *Addiction*, 2003; 98(4), 397-411.
- (115). Foxcroft DR & Tsertsvadze A. Universal alcohol misuse prevention programmes for children and adolescents: Cochrane systematic reviews. *Perspectives in Public Health*. 2012; 132, 128-134.
- (116). Kumpfer KL & Alvarado R. Strengthening families to prevent drug use in multiethnic youth. En G. J. Botvin, S. Schinke, and M. A. Orlandi (Eds.), *Drug abuse prevention with multiethnic youth* (pp. 255-294). Thousand Oaks, CA: Sage, 1995.
- (117). Kumpfer K L & Alvarado R. Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *American Psychologist*, 2003; 58, 457-465.
- (118). Pinazo S y Pons J. La implicación de los padres en los programas preventivos del consumo de drogas: un estudio empírico. En J. R. Fernández Hermida y R. Secades Villa (Eds.), *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias* (pp. 325-364). Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas, 2002.
- (119). Dishion T, Kavanagh K & Kiesner J. Prevention of early adolescent substance abuse among high-risk youth: a multiple gating approach to parent intervention. En R. Ashery, E. Robertson and K. Kumpfer (Eds.), *Drug abuse prevention through family interventions*. Rockville. M.D.: NIDA research Monograph 177, 1998.

- (120). Al-Halabí S, Errasti JM, Fernández JR, Carballo JL, Secades R y García O. El colegio y los factores de riesgo familiar en la asistencia a programas de prevención familiar del consumo de drogas. *Adicciones*, 2009; 21(1), 39-48.
- (121). Klitzner M, Gruenewald P & Bamberger E. The assessment of parent-led prevention programs: A preliminary assessment of impact. *Journal of Drug Education*, 1990; 20, 77-94.
- (122). Haggerty K, MacKenzie E, Skinner M, Harachi T & Catalano RF. Participation in "Parents Who Care": Predicting program initiation and exposure in two different program formats. *Journal of Primary Prevention*, 2006; 27, 47-65.
- (123). Post A, Galanti MR & Gilijam H. School and family participation in a longitudinal study of tobacco use: some methodological notes. *European Journal of Public Health*, 2003; 1, 75-76.
- (124). Giroux HA. Cruzando límites. Trabajadores culturales y políticas educativas. Barcelona: Paidós Ibérica, 1997.
- (125). Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Zambon A, Borracino A & Lemma P. School-based prevention for illicit drugs use: A systematic review 2008. *Preventive Medicine*, 2008; 232-246.
- (126). Rodríguez Gimeno JM, De la Puente E, González JL y González I. La prevención de drogodependencias mediante actividades cooperativas de riesgo y aventura. *Educación Física y Deportes*, 2000; 59, 46-54.
- (127). Moral MV y Ovejero A. Modificación de las actitudes, los hábitos y frecuencia de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en adolescentes españoles a partir de un programa educativo-preventivo. *Revista Colombiana de Psicología*, 2005; 14, 100-118.
- (128). Moral MV y Ovejero A. Análisis diferencial por niveles de edad de las actitudes hacia el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. *Interamerican Journal of Psychology*, 2005; 39 (3), 325-338.
- (130). Andrade P, Pérez C, Alfaro LB, Sánchez ME & López A. Resistencia a la presión de pares y pareja y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Adicciones*, 2009; 21 (3), 243-250.
- (131). Calleja N y Aguilar J. Por qué fuman los adolescentes: un modelo estructural de la intención de fumar. *Adicciones*, 2008; 20(4), 387-394.
- (132). Jiménez-Muro A, Beamonte A, Marqueta A, Gargallo P y Nerín I. Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones*, 2009; 21, 21-28.
- (133). Gil MD. Educación para la salud. En L.M. Pascual y R. Ballester (Dir.). *La práctica de la Psicología de la Salud. Programas de Intervención* (pp. 3-33). Valencia: Promolibro, 1997.
- (134). Marcuse H. *Eros y civilización*. Barcelona: Seix Barral, 1968.
- (135). Huxley A. *Un mundo feliz*. Barcelona: Plaza & Janés, 1969, or. 1932.
- (136). Villalbi JR y Aubá J. Intervención sobre las sustancias adictivas desde la escuela: evaluación preliminar de un programa piloto. En A. Sánchez-Vidal (Comp.). *Programas de prevención e intervención comunitaria* (pp. 73-97). Barcelona: PPU, 1993.
- (137). Hargreaves A. *Profesorado, cultura y postmodernidad*. (Cambian los tiempos y cambia el profesorado). Madrid: Morata, 1996.
- (138). Martín-Moreno Q. *La organización de centros educativos en una perspectiva de cambio*. Madrid: Sanz y Torres, 1996.
- (139). Chikritzhs T & Stockwell T. The impact of later trading hours for hotels (public houses) on breath alcohol levels of apprehended impaired drivers. *Addiction*, 2007; 102, 1609-17.

- (140). Forsyth AJM. Banning glassware from nightclubs in Glasgow (Scotland): observed impacts, compliance and patrons views. *Alcohol and Alcoholism*, 2008; 43,111-117.
- (141). Forsyth AJM. Lager, lager shouting': The role of music and DJs in nightclub disorder control. *Adicciones*, 2009; 21, 327-345.
- (142). Graham K, Bernards S, Osgood DW & Wells S. Bad nights or bad bars? Multi-level analysis of environmental predictors of aggression in late-night large-capacity bars and clubs. *Addiction*, 2006; 101, 1569-1580.
- (143). Stockwell T & Chikritzhs T. Do relaxed trading hours for bars and clubs mean more relaxed drinking? A review of international research on the impacts of changes to permitted hours of drinking. *Crime Prevention and Community Safety*, 2009; 11, 153-70.
- (144). Ker K & Chinnock P. Interventions in the alcohol server setting for preventing injuries, *Cochrane Database Systematic Review*, 2008; 16, 3-57.
- (145). Tay R. Mass media campaigns reduce the incidence of drinking and driving. *Evidence-based Healthcare Public Health*, 2005; 9, 26-29.
- (146). Roeper Voas RB, Padilla-Sánchez L et al. A long-term community-wide intervention to reduce alcohol-related traffic injuries: Salinas, California, Drugs: education, prevention and policy, 2000; 7, 51-60.
- (147). Homel R, Carvolth R, Hauritz M & McIlwain G. Teague R. Making licensed venues safer for patrons: what environmental factors should be the focus of interventions? *Drug and Alcohol Review*, 2004; 23, 19-29.
- (148). Wallin E & Andréasson S. Effects of a community action program on problems related to alcohol consumption at licensed premises. In T. Stockwell, P. J. Gruenewald, J.W. Toumbourou, & W. Loxley (Eds), *Preventing Harmful Substance Use: the Evidence Base for Policy and Practice*. West Sussex: John Wiley & Son, 2005.
- (149). Holder HD, Gruenewald PJ, Ponicki WR, Treno AJ, Grube JB, Saltz RF et al. Effect of community-based interventions on High Risk drinking and alcohol-related injuries. *JAMA* 2000; 284, 2341-47.
- (150). Wagenaar AC, Toomey TL & Erickson DJ. Preventing youth access to alcohol: outcomes from a multi-community timeseries trial. *Society for the study of Addiction*, 2005; 100, 335-345.
- (151). Garrudo H. Cooperación entre la familia, la escuela y las instituciones en un objetivo común: la educación para la salud de niños/as y jóvenes. *Revista Española de Drogodependencias*, 2003; 1-2, 104-112.
- (152). Sánchez Perucho JL. Prevención en Drogodependencias. Módulo impartido en el Magister en Drogodependencias de la Universidad de Santiago de Compostela, 1994.
- (153). Watzlawick P. ¿Es real la realidad? Confusión. desinformación, comunicación. Barcelona: Herder, 1979.
- (154). Tomasi di Lampedusa G. *El Gatopardo*. Madrid: Espasa Calpe, 1993, or. 1958.

4.2.- Nuevas tecnologías y el uso de drogas en el colectivo adolescente y juvenil.

Izaskun Sarabia Gonzalvo

La prevención del uso de drogas, en su esencia, trata de evitar las consecuencias negativas del consumo de drogas mediante la transmisión de información, ya sea destacando los riesgos del consumo o los beneficios de la abstinencia. La adolescencia, incluso antes, es el periodo idóneo para implantar programas de prevención, ya que es en esta etapa cuando comienzan los primeros consumos (1). En España, la edad media de inicio de las drogas más consumidas son 13,6 años para el tabaco y 13,9 años para el alcohol (2).

La información dada en el párrafo anterior, no aporta nada nuevo que no se haya ratificado mediante numerosas investigaciones (3,4,5,6,7). Tampoco resulta novedoso revelar que para que un programa sea efectivo ha de incidir en los factores de protección y reducir los factores de riesgo (8,9,10,11,12) así como trabajar las percepciones erróneas sobre el consumo de sustancias (13,14,15,16).

El objetivo del presente capítulo es mostrar cómo se extrapola del espacio offline al online, lo aprendido en el campo de la prevención de drogodependencias y las características que tiene este nuevo espacio.

1. ¿Por qué adaptarnos al mundo on line?

La irrupción de las nuevas Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC) y en especial las redes sociales como Youtube, Facebook, Twitter, Whatsapp, etc. han transformado la manera de interactuar entre las personas y más en concreto se ha dado en el colectivo adolescente y juvenil. Los nuevos medios de comunicación se han convertido en el espacio predilecto de socialización entre la juventud, anteponiéndose incluso a la escuela y a la familia como agente socializador (17).

En este espacio de socialización, el contenido del que se dispone en la red tiene un efecto educativo en la persona. Este contenido puede provenir de la búsqueda de información que realiza la propia persona (18) o por aquello que comparten las amistades, que suele ser de la misma línea de pensamiento e intereses (19).

Es decir, no existen diferencias entre el espacio offline y online en lo que se refiere a la relación -y por tanto influencias- con las amistades (20,21), pero dada la cantidad de personas que se conocen a través de las redes sociales, las cuales no se hubieran podido conocer de otra manera, la influencia que ejercen éstas en el/la joven (22) puede ser mayor que en el espacio offline.

Todo ello lleva a subrayar la necesidad de adaptar lo que ya sabemos que funciona en prevención de consumo de sustancias al medio digital. Para ayudar a esta conversión, el punto dos de este capítulo muestra la base teórica que sustenta la difusión de influencias mediante las redes sociales. Y en el tercer punto se presentan las principales aportaciones de las investigaciones realizadas durante los últimos años, referentes al colectivo adolescente y juvenil y sus interacciones en el espacio offline.

2. De la Teoría de los Seis Grados de Separación a la Teoría de los Tres Grados de Influencia

Milgram creó en 1967 (23), y Watts desarrolló en 2003 (24) la Teoría de los Seis Grados de Separación, según la cual dos individuos cualesquiera del planeta están conectados a través de una cadena de personas conocidas entre las cuales no median más de seis eslabones o puntos de unión. En esta teoría, sólo se investigó la difusión de información, pero Christakis y Fowler (25) fueron un paso más allá y se preguntaron si las redes eran capaces de generar y transmitir influencias, realizando numerosas investigaciones para estudiar este posible fenómeno (26,26,27,28,29,30,31). Así es como nació la Teoría de los Tres Grados de Influencia:

“Todo lo que hacemos o decimos tiende a difundirse por nuestra red y tiene cierto impacto en nuestros amigos (un grado), en los amigos de nuestros amigos (dos grados) e incluso en los amigos de los amigos de nuestros amigos (tres grados). Nuestra influencia se disipa gradualmente y deja de tener un efecto perceptible en las que personas que se encuentran a tres grados de separación de nosotros, pero, en general, no por quienes están más lejos”. (Christakis y Fowler, 2010, p. 36).

Christakis y Fowler (25) advierten que la difusión de las normas y conductas requiere de un proceso complejo, reforzado mediante múltiples contactos socia-

les¹. Pero, ¿por qué la influencia se limita a tres grados? Los autores exponen tres motivos:

1. Explicación de la decadencia intrínseca: la influencia que se ejerce termina por agotarse, además de que la fidelidad de la información va decreciendo a medida que se transmite.
2. Explicación de la inestabilidad de la red: una inestabilidad generada por las modificaciones constantes que sufren los vínculos. No existen vínculos estables a partir del tercer grado, por lo que puede cortarse la conexión.
3. Explicación a efectos evolutivos: se basa en la biología evolutiva; teoría según la cual los humanos evolucionaron en grupos pequeños conectados entre sí por tres grados o menos y actualmente, siguen estando conectados de la misma manera.

La gran aplicabilidad de esta teoría en el estudio de las ciencias sociales, y más concretamente el tema de este capítulo, la creación o adaptación de intervenciones preventivas del uso de drogas en el colectivo adolescente y joven, reafirma la necesidad de conocer y controlar las redes sociales virtuales.

Si lo que se hace o se dice en la red tiene impacto en tres grados de separación, todo el contenido que se cuelga en la red está marcando una tendencia a realizar ciertas conductas. Es una utopía pensar que se puede controlar la información que se vierte en Internet, pero sí resulta válido este análisis para conocer las nuevas tendencias de consumo y crear intervenciones adaptadas a ellas, sin tener siempre la sensación de poner los parches bastante tiempo después de que la herida esté hecha.

3. Estudios sobre nuevas tecnologías en relación con la prevención del uso de drogas.

En España contamos con la experiencia del proyecto europeo² Drojnet que se hizo entre 2006 y 2008 con el objetivo de ser un servicio de información sobre las

¹ Para ejemplarizar este hecho, los autores toman como referencia el experimento de Milgram (1969) realizado en Nueva York en 1968, en el cual observó el comportamiento que mostraban 1.424 peatones que caminaban por una acera de quince metros, cuando veían a sus ayudantes (grupos de estímulo formados desde uno a quince personas) parar y mirar hacia un sexto piso donde no sucedía nada. El resultado fue que el 4% se detenía cuando el grupo de estímulo era de una persona, y esta cifra se elevaba al 40% cuando era el grupo formado por quince ayudantes. Otra medición reveló que, aunque los peatones no se pararan, si miraban hacia arriba un 42% en el caso de un ayudante y un 86% en el grupo de 15. Lo que subrayan Christakis y Fowler (2010) fue que apenas había diferencia entre el efecto causado por el grupo de 5 y de 15 personas.

² Participaron el Comisionado Regional para la Droga de La Rioja, el Plan Foral de drogodependencias de Navarra y la Asociación Béarn Toxicomanías de Francia.

drogas, interactivo (mediante telefonía móvil e Internet) y enfocado al público joven. El proyecto desarrolló dos medios de información específicos: una página web informativa (<http://www.droynet.eu/sp/index.php>), con un apartado interactivo y de consulta, y por otra parte un sistema de envío de mensajes de texto gratuitos a los móviles de los y las jóvenes participantes en el estudio en las tres regiones implicadas en el proyecto.

El objetivo final del proyecto consistía en evaluar la opinión de los jóvenes acerca de las vías de comunicación utilizadas en prevención del consumo de drogas y el resultado de la intervención mediante SMS. Este estudio utilizó la metodología del ensayo comunitario, es decir, con un diseño de grupo de intervención y grupo control, con un tiempo de intervención de un año.

Una investigación pionera en España fue la realizada en 2009 por el Instituto Deusto de Drogodependencias (32) en la que se analizaron 3.059 opiniones de la juventud vertidas en Internet³, para estudiar cómo la juventud española con edades comprendidas entre los 12 y 30 años⁴ gestionaba las conductas de riesgo en la red. Se estudió concretamente el consumo de tabaco, alcohol, drogas ilegales (cannabis, alucinógenos, estimulantes y pastillas, cocaína y heroína), conducción temeraria, violencia y la sexualidad.

Los resultados de aquella investigación arrojaron tres conclusiones relevantes. Por un lado, se corroboró la cantidad de bulos e informaciones falsas que se transmiten por Internet y que influyen en una baja percepción del riesgo frente a determinadas acciones y/o conductas. Por otro lado, se descubrió la existencia de páginas web (foros, chats especialmente) que buscaban las clandestinidades⁵ entre sus miembros en los que se trataban y fomentaban conductas de riesgo y delictivas en algunos casos. Finalmente, se observó cómo la juventud identifica y rechaza a aquellas personas adultas que intervienen desde organismos con la intencionalidad de insertar mensajes saludables, viviendo estas aportaciones del mundo adulto como una invasión de la intimidad que tienen con sus pares.

Esta conclusión del estudio, vista de manera global, indica que no sólo existe el riesgo de que el colectivo adolescente y juvenil esté aprendiendo comportamientos nocivos, sino que, quienes se reafirman en ellos tienden a unirse en grupos

³ Opiniones de blogs, foros, chats y perfiles de redes sociales abiertos, que estuvieron activos durante todo el año 2008. La información fue extraída mediante la herramienta ASOMO de Sistemas Judo.

⁴ No resultó un muestreo al uso, pues las edades que no eran especificadas, se podían deducir por la manera de expresarse. Tampoco era una muestra representativa de la juventud española.

⁵ Ante la persecución y control policial, estas páginas web se cerraban y aparecían en otros alojamientos web con distintos nombres, para poder continuar con su dinámica.

fuera del control parental, y cómo no, ya comienzan a aparecer aplicaciones que fomentan estas conductas de riesgo.

Un ejemplo de ello es LIVR⁶, una aplicación con formato de red social para el móvil que verá la luz en la primavera de 2014. Esta app, mediante la conexión del smartphone a un alcoholímetro, discrimina a aquellas personas que hayan consumido alcohol de las que no, permitiendo el acceso sólo a las primeras. Una vez se accede, ofrece información sobre los bares o discotecas en los que se encuentran el mayor número de usuarios (pudiendo saber qué nivel de borrachera llevan encima), jugar a juegos de verdad o atrevimiento e incluso realizar llamadas aleatorias a usuarios dentro de la red. LIVR permite al final de la noche borrar todo lo sucedido, o por el contrario, envía un informe a la mañana siguiente para recordar lo que se hizo, con quién se estuvo y en qué fotos aparece la persona. Y para vender al colectivo joven esta aplicación, utilizan un eslogan muy claro *“es una red social en la que no están tus padres, y te permite cruzarte con gente de fiesta que está dando el 100%”*.

Y es que, la gran mayoría de investigaciones sobre la publicación en las redes sociales de contenido sobre drogas, tienen como objeto el análisis del alcohol. Esto puede ser debido a que el alcohol, además de ser la droga más consumida a nivel mundial, es una sustancia legal (exceptuando al colectivo menor de edad, cuya edad legal depende del país⁷) y su consumo está aceptado culturalmente.

En relación con la imagen que se tiene de la borrachera, investigaciones como la de Ridout, Campbell y Ellis (33) sugieren que el retratarse a uno/ a mismo/a como bebedor/a es un componente deseable en la identidad de una persona joven en las redes sociales virtuales, lo que conlleva a perpetuar y promover en el espacio on line, una cultura de borrachera.

Además de la aceptación que tiene esta “cultura social digital del alcohol”, las repercusiones de interaccionar con perfiles que muestran imágenes y/o contenido textual sobre alcohol y borracheras influyen en la percepción de las normas respecto a su consumo, convirtiéndolas en más laxas a los ojos del colectivo joven. (34). En un estudio realizado por Beullens y Schepers (35) se observó que el uso de referencias al alcohol en los perfiles de la red social Facebook está más presente que en investigaciones anteriores, siendo los porcentajes de un 95.62% de jóvenes con

⁶ <http://livr-app.com/>

⁷ Aunque en la mayoría de países la edad mínima son 18 años, existen excepciones: en Italia 16 años, en Japón, Suecia, Finlandia y Noruega 20 años, en EEUU y Paraguay 21 años, en la India la edad fluctúa entre los 21 y 25 años. Otros países como Arabia Saudita, Pakistán e Irán el consumo de alcohol está prohibido a cualquier edad.

imágenes relacionadas con el alcohol en sus perfiles y de un 40% quienes hacen referencia al alcohol mediante publicaciones escritas.

A efectos operativos, uno de los estudios que aportan información más útil para el diseño de intervenciones preventivas (o de reducción de riesgos) en las redes sociales, es la de Pumper y Moreno (36)

El equipo investigador seleccionó una muestra de 132 estudiantes de primer año de universidad⁸ con edades comprendidas entre los 18 y 19 años y que tuvieran un perfil activo y público en Facebook, al menos durante los últimos 30 días. Mediante la realización de entrevistas se preguntó al alumnado acerca de lo que le producía ver publicaciones sobre el alcohol en otros perfiles y cómo se sentiría si una amistad/ una persona desconocida, profesor/a, profesional, le comunicara que está preocupada por sus publicaciones sobre el alcohol, hasta el punto de que le adviertan que tiene un problema con el alcohol. Los resultados fueron contundentes. En primer lugar, el ver/leer cualquier contenido relacionado con el alcohol les sugiere que existe un consumo regular del mismo. Respecto al abordaje de tema del alcohol, prefieren que los mensajes, consejos y/o advertencias vengan de una persona conocida, de quien tenga acceso a su perfil y puedan mantener una conversación con preguntas y respuestas, es decir, que no sea una comunicación unidireccional, en la que se deja un mensaje o un juicio de valor y no hay posibilidad de réplica.

Un futuro muy presente también en el tratamiento

A lo largo del capítulo se ha visto la influencia que tienen las redes sociales en la prevención y cómo son un gran espejo que refleja la actualidad cultural del uso de drogas. Desde hace unos años a esta parte, se están llevando a cabo grandes campañas para el abandono de tabaco. Se está concienciando a la población de lo perjudicial que resulta para la salud, y a diferencia de lo que sucede con el alcohol, la imagen de la persona fumadora ha dejado de ser atractiva para la sociedad. Es por ello, que si hablamos de tratamiento, el tabaco cuente con más aplicaciones con el objetivo del abandono de este hábito.

El 31 de mayo de 2013, la Asociación Española contra el Cáncer lanzó la aplicación para smartphones “Respirapp” para dejar de fumar, partiendo de las necesidades y motivaciones de la persona. Pero no es la única aplicación móvil con este fin. “QuitNow!” ofrece un seguimiento detallado de los hábitos del sujeto,

⁸ Pumper y Moreno (2013) constataron que el nivel de consumo de alcohol es más alto en el primer año de universidad.

estadísticas sobre el dinero ahorrado en tabaco y el tiempo sin fumar, además de marcar objetivos a medida que pasa el tiempo. También a modo de juego, lo plantea “Kwit”, pero añade la opción de compartir la consecución de objetivos con las amistades de su red social. “Nicosstopper” funciona como una especie de entrenador personal, incorporando metodologías y terapias de tipo conductual cognitivo de manera multimedia, para acabar con la adicción física y la psíquica. Otras aplicaciones, como la creada por el Servicio Nacional de Salud Británico, “Smoking Time Machine” recurre a intentar afectar a la sensibilidad de quien fuma, mediante la simulación de cómo se transformaría su rostro por culpa la nicotina.

Las TICs están constituyendo una base para el desarrollo de aplicaciones que ayuden también al tratamiento de personas con otro tipo de problemáticas, relacionadas con las drogodependencias, como pueden ser la depresión.

A nivel europeo ya se cuenta por Internet con la herramienta de autogestión “iFightDepression” para pacientes con depresión, la cual se centra principalmente en las relaciones entre pensamientos, sentimientos y comportamientos, que trata de mejorar la competencia de los usuarios para modificar los pensamientos negativos y conductas desadaptadas (<http://ec.europa.eu/eahc/news/news315.html>). Otra aplicación española que se dio a conocer en 2012 es “Smiling is Fun” (37). Es un programa de autoayuda por Internet, multimedia e interactivo destinado a personas con trastornos emocionales, que les permite aprender y practicar formas de adaptación para hacer frente a la depresión y los problemas cotidianos. Consta de ocho módulos con ejercicios para practicar estas técnicas.

Uno de los últimos casos, son los paquetes informáticos Fistar y Master Mind⁹ en los que se está trabajando para la atención a personas con enfermedades psiquiátricas leves, en especial la depresión leve y moderada, permitiendo llegar a más pacientes y llevar un control constante, sin sustituir la visita presencial, eso sí.

En conclusión

Las Nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación constituyen una herramienta novedosa y útil para el campo de la investigación social. La capacidad de llegar a obtener información de una cantidad ingente de personas ofrece nuevas posibilidades para trabajar temas de actualidad. Las TICs ofrecen un sinfín de oportunidades, pero también son a la vez, un terreno que se encuentra en proceso de

⁹ <https://www.fi-star.eu/home.html> y <http://apps.bsa.cat/drupal/?q=node/27>

descubrimiento para saber cómo utilizar y analizar todo el contenido que ofrece.

El hándicap que resulta de tratar de intervenir mediante la tecnología con nativos digitales cuando no se domina este medio, ha de ser superado por la profesionalidad y la experiencia. El mensaje es el mismo, lo que cambia es el contexto en el que se da y la forma de transmitirlo. Por ello resulta interesante fomentar sinergias entre personal experto en tecnologías y personal experto en educación, psicología, psiquiatría, etc. para mejorar la intervención /atención con colectivos destinatarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández T, Roldán J, Jiménez A, Mora C, Escarpa D, y Pérez MT. La edad del inicio en el consumo de drogas, un indicador de consumo problemático. *Intervención Psicosocial: Revista sobre Igualdad y Calidad de Vida*, 2009; 18(3), 199-212.
2. DGPNsD Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2012/13. Dirección General del Plan Nacional Sobre Drogas, Madrid, 2013. URL disponible en: www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/escolar2013.pdf
3. Botvin GJ, Baker, E, Dusenbury L, Tortu S, y Botvin EM. Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: results of a 3-year study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1990; 58(4), 437.
4. Catalano RF, Fagan AA, Gavin LE, Greenberg MT, Irwin Jr. CE, Ross DA y Shek DT. Worldwide application of prevention science in adolescent health. *The Lancet*, 2012; 379(9826), 1653-1664.
5. Hernández O, Espada JP, Piqueras JA, Orgilés M y García JM. Programa de prevención del consumo de drogas saluda: evaluación de una nueva versión en adolescentes españoles. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 2013; 13(2), 135-144.
6. Rodríguez SE, Díaz DB, Gracia SE, Guerrero JA y Gómez EL. Evaluación de un programa de prevención del consumo de drogas para adolescentes. *Salud mental*, 2011; 34(1), 27-35.
7. Tobler NS y Stratton HH. Effectiveness of school-based drug prevention programs: A meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention*, 1997; 18(1), 71-128.
8. Cicua D, Méndez M y Muñoz L. Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. *Pensamiento Psicológico*, 2010; 4(11).
9. Gil J. Consumo de alcohol entre estudiantes de enseñanzas secundarias. Factores de riesgo y de protección. *Revista de educación*, 2008; 346, 291-313.
10. Larrosa S y Palomo JL. Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 2010; 22 (4).
11. Rojas M. Factores de Riesgo y Protección en el abuso de drogas ilegales en adolescentes jóvenes de Lima Metropolitana, 2013.
12. Stone AL, Becker LG, Huber AM y Catalano RF. Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive behaviors*, 2012; 37(7), 747-775.
13. Castellana M y Lladó M. Adolescencia y juventud: prevención y percepción del riesgo al consumo. *Revista Española de Drogodependencias*, 1999; 24(2), 118-130.
14. Moral MV y Ovejero A. Consumo abusivo de alcohol en adolescentes españoles: tendencias

- emergentes y percepciones de riesgo. *Universitas Psychologica*, 2011; 10(1), 71-88.
15. Newcomb MD, Maddahian E y Bentler PM. Risk factors for drug use among adolescents: concurrent and longitudinal analyses. *American Journal of Public Health*, 1986; 76(5), 525-531.
 16. Pastor P. Percepción del alcohol entre los jóvenes. *Adicciones*, 2002; 14(1), 123-131.
 17. Rubio A. Generación digital: patrones de consumo de Internet, cultura juvenil y cambio social. *Revista de Estudios de la Juventud*, 2010; 88, 201-221.
 18. Arnett JJ. Adolescents' uses of media for self-socialization. *Journal of Youth and Adolescence*, 1995; 25(5), 519-533.
 19. Pemppek TA, Yermolayeva YA y Calvert. College students' social networking experiences on Facebook. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 2009; 30(3), 227-238.
 20. Szweido DE, Mikami AY y Allen JP. Social networking site use predicts changes in young adults' psychological adjustment. *Journal of Research on Adolescence*, 2012; 22(3), 453-466.
 21. Winocur R. Internet en la vida cotidiana de los jóvenes. *Revista Mexicana de Sociología*, 2006; 68(3), 551-580.
 22. Tobler NS, Roona MR, Ochshorn P, Marshall DG, Streke AV y Stackpole KM. School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of primary Prevention*, 2000; 20(4), 275-336.
 23. Milgram S. The small world problem. *Psychology today*, 1967; 2, 60-67. Milgram S, Bickman L y Berkowitz L. Note on the drawing power of crowds of different size. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1969; 13(2), 79-82.
 24. Watts D. *Six Degrees: the science of a connected age*. New York: Norton, 2003.
 25. Christakis NA y Fowler JH. *Connected: the amazing power of social networks and how they shape our lives*. London: Harper Press, 2010.
 26. Christakis NA, y Fowler JH. The Spread of Obesity in a Large Social network over 32 years. *New England journal of medicine*, 2007; 357(4), 370-379.
 27. Fowler JH y Christakis NA. Dynamic spread of happiness in a large social network: longitudinal analysis of the Framingham Heart Study social network. *British medical journal*, 2008; 337(a2338), 1-9.
 28. Fowler JH y Christakis NA. Cooperative behavior cascades in human social networks. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2010; 107(12), 5334-5338.
 29. Mednick SC, Christakis NA y Fowler JH. The spread of sleep loss influences drug use in adolescent social networks. *PLoS one*, 2010; 5(3), e9775.
 30. Rosenquist JN, Murabito J, Fowler JH y Christakis NA. The spread of alcohol consumption behavior in a large social network. *Annals of Internal Medicine*, 2010; 152(7), 426-433.
 31. Smith KP y Christakis NA. Social networks and health. *Annual review of sociology*, 2008; 34, 405-429.
 32. Laespada MT, Arostegui E, García del Moral N, Gazapo J y Sarabia I. *El discurso de los jóvenes en Internet*. Bilbao: Deusto Publicaciones, 2010.
 33. Ridout B, Campbell A y Ellis L. 'Off your Face (book)': Alcohol in online social identity construction and its relation to problem drinking in university students. *Drug and Alcohol Review*, 2012; 31(1), 20-26.
 34. Fournier AK, Hall E, Ricke P y Storey B. Alcohol and the social network: Online social network-

- ing sites and college students' perceived drinking norms. *Psychology of Popular Media Culture*, 2013; 2(2), 86-95.
35. Beullens K y Schepers A. Display of Alcohol Use on Facebook: A Content Analysis. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 2013; 16(7), 497-503.
 36. Pumper MA y Moreno MA. Identifying High-Risk Alcohol Users in First-Year College Students: Attitude, Intention, and Facebook. *Alcoholism Drug Depend*, 2013; 1(5), 128.
 37. Botella C, Mira A, García-Palacios A, Quero S, Navarro MV, Riera López del Almo A, Molinari G, Castilla D, Moragrega I, Soler C, Alcañiz M y Baños RM. Smiling is fun: a coping with stress and emotion regulation program. *Studies in Health Technology and Informatics*, 2012; 181, 123-127.

4.3.- Desprotección y cuidado de profesionales y equipos sociosanitarios.

Gabriel Roldán Intxusta

Estamos dedicados a atender y cuidar de otros, pero ¿nos cuidamos nosotros en el trabajo? ¿Somos conscientes de que podemos enfermar? Es necesario explorar sobre los aspectos relacionados con el desgaste y la pérdida de potencialidades profesionales de los equipos sociosanitarios y explorar propuestas para el cuidado de uno mismo y de los equipos.

Porqué cuidarse y a quién corresponde la responsabilidad.

Una queja constante de los profesionales dedicados a la atención de cuidar, curar o enseñar es ¿Quién me cuida a mí?

En el trabajo con drogodependientes la angustia, la urgencia, impotencia y el sufrimiento van a ser elementos emergentes cotidianos, que van a ir afectando a las personas que las atienden, y lo mismo, que en otros lugares de trabajo hay protocolos y medidas de seguridad para los trabajadores ante las situaciones de riesgo, en los centros deben desarrollarse mecanismos de prevención y protección que permitan reconocer en las personas y los equipos el deterioro de la salud física y mental.

La propuesta que desarrollaré en este texto es que los cuidados de los equipos deben ser responsabilidad de las instituciones en las que estas desarrollan el trabajo, brindándoles los instrumentos necesarios para el apoyo psico-emocional que necesiten y que favorezcan el desarrollo teórico-técnico y los adecuados espacios de ventilación, formación y supervisión para que los profesionales puedan realizar su tarea.

Pero también los propios trabajadores deben asumir la co-responsabilidad para promover el esclarecimiento y elaboración de las complejas tareas que desarrollan y el cuidado de las relaciones en los equipos, con la institución y los usuarios (1). Ser adulto implica hacerse cargo de uno mismo, aunque en nuestra fantasía siempre añoramos a que sea otro el que se haga cargo de nuestras necesidades y cuidados.

En las instituciones se asiste a pacientes con carencias en todos los aspectos, especialmente en el terreno afectivo relacional y los vínculos se verán afectados constantemente; este hecho dificulta tanto la relación en el campo terapéutico y educativo como en las actividades de rehabilitación y reinserción social.

La relación asistencial debe basarse en el respeto mutuo. Las decisiones deben ser voluntarias, y el camino a seguir debe consensuarse una y otra vez con el paciente. Esto, en apariencia sencillo, es de una complejidad enorme y no es fácil recomponerse emocionalmente de las adversidades, la frustración y la impotencia; en ocasiones, al borde de la vida y la muerte que suceden al usuario. Todo esto atraviesa al profesional pudiendo llegar a perder los papeles.

Las crisis aparecen constantemente y parte del trabajo consiste en abordarlas. Estos elementos emergentes son una oportunidad para favorecer los cambios y aprender de la experiencia; pero también comporta un desgaste en los equipos que necesitan de cuidado y apoyo para poder hacer su tarea sin caer en el desánimo o agotamiento.

Para García Badaracco (2) el trabajador dentro de la Institución, se ve obligado a recorrer uno de tres caminos posibles: 1) Al no poder tolerar la situación, tal como la está viviendo, tiene que tomar distancia, alejándose de los pacientes y de la participación. Si se trata de un enfermero puede poner distancia tornándose más represivo y puede desarrollar una tendencia a recluirse en el sector de enfermería. El médico puede también poner distancia emocional tornándose más “intelectual”, recurriendo cada vez más a utilizar defensas rígidas y desarrollando una tendencia a aumentar el uso de la medicación psiquiátrica. 2) La segunda posibilidad es enfermarse, contraidentificándose con los pacientes, reclamando igual atención y haciendo responsable muchas veces a la Institución por haberle enfermado. 3) La tercera posibilidad es la de hacer un proceso de crecimiento y desarrollo que tiene semejanza con el proceso terapéutico de los pacientes. Lo denominaremos cambios necesarios para capacitarse profesionalmente y desarrollar cada vez más recursos propios para poder enfrentar las ansiedades de los pacientes, lo que simultáneamente constituye un crecimiento psicológico de su sí mismo. El no poder hacer este proceso puede llevar a pensar que el paciente es incurable. Uno se aferra a la idea de que lo que ocurre no tiene nada que ver con uno mismo, pone una mayor distancia entre la salud y la enfermedad, se vuelve paranoide con la institución, se puede aliar con otras personas que tienden a hacer compartimentos estancos atrincherándose; esto puede suceder en todos los niveles del equipo.

El equipo de trabajo como herramienta principal en las instituciones

Un aspecto fundamental para unas relaciones sanas en los equipos es la comunicación y de qué manera se coordina y se compartimenta la información entre los distintos miembros.

Los problemas propios de la convivencia se presentan en cualquier grupo de personas reunidas por ende en cualquier institución. En las instituciones clínico-asistenciales hay dos variables que inciden en forma determinante sobre los problemas de la convivencia: una depende de la mayor o menor coherencia que exista en el equipo terapéutico en cuanto a su filosofía y metodología de trabajo; y la otra variable es que el contacto cotidiano con los pacientes desgasta y pone en movimiento mecanismos transferenciales y contratransferenciales poderosos que permanentemente desafían al equipo para que pueda cumplir exitosamente su misión fundamental, esto es, conservar la actitud psicoterapéutica en beneficio de los pacientes.

Se construyen espacios formales de reunión y coordinación, pero suelen surgir resistencias para mantenerlos “por falta de tiempo” ante las constantes demandas de los pacientes y los requerimientos burocráticos de las instituciones. Una dinámica que tiende a reproducirse es que se atiende primero lo urgente, que suele ser casi todo y suele quedar poco tiempo para lo importante. Disponer del tiempo para hablar de cómo esta afectando el trabajo cotidiano en los profesionales y sus relaciones interpersonales es una prioridad para mantener cohesionado a un equipo.

Dentro de la dinámica de la comunicación intragrupal, es importante, que los profesionales sepan tolerar las críticas y tengan una cierta humildad para aprender de los errores, lo cual a veces está reñido con el narcisismo de cada uno, que necesita además de reconocimiento y comentarios positivos. Si dentro de un equipo predomina la crítica en la comunicación, el miedo y el sentimiento paranoide aflora, y la confianza se resiente, creándose alianzas y subgrupos y el grupo tiende a fracturarse. Cuando no existe la seguridad para realizar críticas ni expresar reconocimientos, la incomunicación y el aislamiento se instala en el equipo, y la enfermedad invade el espacio de los profesionales.

El equipo precisa de medios y espacios de reunión, y supervisión, donde ventilar la angustia, reconocer las limitaciones y coordinar las acciones, y si no los tienen, entonces se enfrentan a situaciones de impotencia, y se crean confrontaciones con

el resto del equipo /os y los usuarios. Una pregunta frecuente en mi quehacer de supervisión es: ¿Cómo ayudar a los propios equipos a no verse superados por la incomunicación y la desconfianza?

Otra cuestión compleja en un equipo es armonizar las respuestas terapéuticas, entre distintos profesionales que aportan formaciones y titulaciones diferentes. Lo cual requiere de una meticulosa tarea de cooperación; así se podrán plasmar proyectos de intervenciones terapéuticas, y acciones efectivas desarrolladas por los distintos miembros en el que todos se sientan implicados.

Estas premisas implican la búsqueda de acuerdos que permitan encontrar consonancias entre la amplia diversidad de enfoques terapéuticos. Las distintas experiencias evidencian las dificultades en conseguir estos objetivos. Con frecuencia son motivo de fracturas y contradicciones en sus propósitos de confluir y potenciar en acciones complementarias, las intervenciones de varios profesionales, equipos y/o instituciones y hacen que se multipliquen las respuestas.

Un factor protector de primer orden ante el desgaste profesional es el sentimiento de “no estar solo ante el peligro”; pues es frecuente la sensación de inseguridad y fraccionamiento psíquico en aquellos equipos que están desestructurados. Cuando aumentan los conflictos dentro del equipo, y no se crean espacios que favorezcan la comunicación aumenta la desprotección y aparece como mecanismo de defensa que “cada uno vaya a lo suyo”, ante la desconfianza que generan los otros compañeros. En equipos fraccionados se dan a veces movimientos grupales en el sentido de librarse de las responsabilidades más difíciles o comprometidas; como por ejemplo, adjudicar la atención de los pacientes más molestos o difíciles, a los profesionales con menos experiencia.

El fraccionamiento de los equipos produce un efecto de retroalimentación en los pacientes de las instituciones con personas ingresadas, que se sienten con temor y desprotegidos, lo cual determina un aumento de las transgresiones de las normas y actos de violencia (robos, agresiones,); así como un aumento de las descompensaciones. Los pacientes demandan inconscientemente que los miembros del equipo arreglen sus asuntos entre ellos o con la institución, para no estar secuestrados emocionalmente en su malestar, y se pongan a la tarea de hacerles caso de verdad, y estén atentos a sus necesidades brindándoles escucha, apoyo y seguridad. A veces ocurre como con los niños pequeños que cuando los padres tienen dificultades y falta comunicación entre ellos, lloran, se ponen pesados y realizan actos para llamar su atención.

La convivencia grupal dentro de las instituciones reaviva los fantasmas internalizados de todos sus participantes –abandono, competencia, rivalidad, envidia, po-

der, agresión, culpa, por citar algunos.- y en ocasiones se dan situaciones de abuso de poder o maltrato del equipo (o algunos de sus miembros) frente a los pacientes, en parte como respuesta a los sentimientos de inseguridad. Tales sentimientos, en gran medida, pueden superarse mediante un largo proceso de formación continuado y de supervisión (3,4,5). Los problemas se acrecientan cuando no se puede contemplar la situación interna, se delega la responsabilidad de lo que este sucediendo y se pone la solución fuera. Por ejemplo a veces se demanda un guarda de seguridad en algunos centros para protegerse de la violencia de los pacientes a los profesionales, sin poder analizar y ver que está generando el sentimiento de miedo e inseguridad de los profesionales y hacerse cargo además de la hostilidad y agresividad de los profesionales a los pacientes.

En la práctica la percepción de seguridad tiene que ver en primer lugar, con las buenas relaciones en el equipo, y con el sentirse apoyado y respetado por el resto de los compañeros.

La percepción de apoyo entre los miembros de los equipos tiene fuertes elementos inconscientes, y las situaciones gran tensión y de violencia crean un stress y un desgaste. En un servicio de atención se percibe cuando se da una situación peligrosa con un usuario y se nota la tensión. Son situaciones que se captan emocionalmente sin necesidad de hablarlo y la cobertura y apoyo del equipo al profesional expuesto a una situación de violencia es imprescindible. Por ejemplo en un trabajo de supervisión en un centro de atención ambulatoria una administrativa relata que sufrió una agresión por parte de la pareja de un paciente "la conocía era conflictiva y no me sorprendió que me agrediese con el bolso y me amenazase por no atender con urgencia sus demandas. Lo que de verdad me dolió, es que mientras todo esto sucedía, y en la escena fuese subiendo el tono de las voces de los usuarios, algunos compañeros abriesen las puertas de sus despachos, y no hiciesen otra cosa que volverlas a cerrar".

Es importante la selección de personal para un funcionamiento adecuado de un equipo. Será necesario entonces seleccionar el personal en función, no solamente de su capacitación profesional académica, sino también del nivel de madurez alcanzado en su desarrollo psicoemocional.

No son adecuadas personas con poca capacidad de empatía que tengan dificultad en ponerse en el lugar del otro o que tengan dificultad de controlar sus impulsos ante circunstancias estresantes.

Factores favorecedores de conflictos con los usuarios son: los prejuicios, que por desgracia es bastante frecuente al pasarnos la información o desinformación

de unos servicios a otros sobre todo con personas especialmente conflictivas. No escuchar; no tener en cuenta características de la relación interpersonal como la transferencia y la contratransferencia; el estrés; la desmotivación y no poder reconocer los signos precursores de la escalada de violencia (como por ejemplo el lenguaje no verbal), evitando que se produzcan situaciones de abuso de confianza. Es primordial no perder el autocontrol en las situaciones conflictivas, manteniendo la calma, hablando en un tono de voz suave y con seguridad.

Ayuda bastante a evitar los conflictos el favorecer la expresión del malestar y la agresividad en las instituciones (no solo las reclamaciones), que permitan “sacar la mala leche de los usuarios pero además también de los trabajadores” creando espacios para el vaciado emocional porque si no se hablan se actúan. También ayuda a disminuir la agresividad y la rabia que toda relación asistencial conlleva la negociación de los contratos terapéuticos para que la persona se sienta individualizada.

Otro punto importante se refiere a la dirección del centro. Una pregunta es ver si hay una dirección adecuada que cuide y ordene. Para Aron y Llanos (6), el jefe que promueve ambientes protectores es aquel que demuestra preocupación por las necesidades de los profesionales; provee los recursos necesarios para realizar bien el trabajo; es sensible y flexible en relación a temas familiares; es capaz de reconocer los aspectos positivos y demuestra confianza en el profesional, se interesa activamente en su trabajo; defiende la posición de los profesionales ante la institución, comunica claramente sus expectativas; adecua las tareas a cada profesional; es emocionalmente estable (calmado, buen humor); entrega ayuda técnica cuando se necesita; está disponible; es abierto y honesto, los profesionales confían en él o ella. Probablemente es pedir mucho.

Los/as directivos/as en muchos casos se encuentran en un “sándwich” entre los requerimientos institucionales y políticos, y las demandas de sus compañeros trabajadores, en un espacio difícil de soledad. Necesitan apoyo y orientación y espacios de vaciaje emocional propios para no tener que atrincherarse detrás de montañas de papeles a rellenar y caras largas que tolerar. A mi modo de ver una comunicación abierta y flexible y un cuidado de la dirección es un buen antídoto para la arteriosclerosis institucional.

Para Kenberg (7) es importante prevenir el fenómeno de la “paranoiagenesis” frecuente en las instituciones, y para ello los dirigentes deberían reunir cinco características: 1) mucha inteligencia 2) honestidad personal e impermeabilidad a los procesos políticos 3) capacidad para establecer y mantener relaciones objetales profundas 4) un narcisismo sano 5) una actitud paranoide saludable, justificada y con capacidad de previsión en contraste con la ingenuidad.

También son muy importantes para hacer equipo los rituales de incorporación y de despedida de los profesionales. Una pregunta básica es ¿Cómo se acoge a los nuevos compañeros? Hay que ver si se facilita la integración de los nuevos miembros al equipo, ayudándoles a entender la cultura grupal de la organización y permitiendo al resto de los profesionales hacer un espacio al recién llegado. Con los rituales de despedida, ya sea por partida voluntaria u obligada se facilita la elaboración de estas experiencias donde se han desarrollado vínculos intensos y contribuyen a mantener los climas laborales sanos.

Otros aspectos relacionados con el desgaste y la pérdida de potencialidad de los profesionales.

Hay una incorporación de nuevas minorías étnicas como inmigrantes subsaharianos, magrebíes y latinoamericanos. Estamos abordando a personas con referentes culturales distintos, que pueden afectar al modo de entender las relaciones, la enfermedad y los valores. El respeto y una formación específica para atender a poblaciones de otras culturas son necesarios, incorporando mediadores interculturales de las culturas de origen cuando sea necesario, que faciliten la comprensión y el conocimiento de las diferencias en la atención a estas personas.

Otra demanda que ha aparecido con intensidad, sobretodo por su trascendencia en lo social es la atención a menores. Son instituciones relativamente nuevas que han trascendido a la opinión pública mas por la conflictiva de los usuarios que por su hacer profesional. Los equipos tienen una gran rotación de trabajadores por las difíciles condiciones de trabajo ante situaciones de gran contención y violencia, que generan mucho desgaste profesional. Hace falta paciencia institucional y dotar a los equipos jóvenes del apoyo suficiente, la formación y supervisión adecuadas.

De los pacientes que más dificultades presentan a los profesionales en drogodependencias y salud mental destacaría 3 estructuras:

- Pacientes con trastornos límite de personalidad y con consumo de sustancias, con reiterados ingresos institucionales. Crean mucha impotencia en los equipos y nadie quiere tener. Presentan un largo recorrido como “consumidores crónicos de tratamientos” y van de centro en centro.
- Personas con un trastorno depresivo grave o distímicas que presentan un riesgo de cometer un acto suicida, y que producen un intenso agobio a los intervinientes por la gran responsabilidad que comporta atenderlos al paciente y a los familiares.

- Pacientes que han cometido actos violentos y que necesitan límites muy claros en la relación con normas claras y consensuadas. Falta tiempo y espacios de discusión para atender las diferentes percepciones de los profesionales de consensuar cuales van a ser las actuaciones por las continuas transgresiones a las normas, y crean conflictos en el grupo de pacientes por el “miedo a hablar” ante las amenazas.

Con todas las personas a las que se atiende es muy importante tener un diagnóstico clínico operativo, que sea comprensible para todos los miembros del equipo. Que indague con el paciente y familiares la historia y las características de personalidad de cada sujeto y de pautas de cómo atenderlos, marque objetivos, estrategias de intervención y evalúe los resultados y oriente de cuales puedan ser los desencadenantes de las crisis y que hacer. Para ello es necesario seguir aprendiendo en las sesiones de estudio de casos, reuniones de equipo y supervisiones clínicas.

En algunos centros hay un desequilibrio entre la demanda y los recursos para una actuación adecuada; entendidos como recursos en primer lugar los propios profesionales de los centros; pero además los conocimientos científico-técnicos adecuados y el apoyo instrumental para la tarea. Los programas de calidad implantados los últimos años han aportado metodología y organización de los servicios, pero han restado tiempo a la atención directa de los usuarios y a la reflexión de aspectos menos formales de la relación profesional-usuario.

Hay un sentimiento bastante importante de frustración e impotencia ante la tarea, de los profesionales y los y equipos que actúan en este campo, y que afrontan cotidianamente una peculiar práctica clínica, donde se hace especialmente difícil evaluar los éxitos y los fracasos. Las interrupciones reiteradas de los tratamientos, el incumplimiento de los acuerdos, los agravios a los encuadres terapéuticos, forman parte del panorama habitual. Para dar cuenta de ello se requiere no sólo de altas dosis de tolerancia y prudencia en la implementación de las intervenciones profesionales, sino también disponer de equipos interdisciplinarios sólidamente formados (1).

Este es un trabajo con fuerte elemento vocacional y la pregunta es cual es el refuerzo. Algunos de los interrogantes que surgen en los profesionales son: ¿Vale lo que hago?, ¿Lo estoy haciendo bien? ¿A quién le importa?

Con el paso del tiempo ha ocurrido un proceso de institucionalización de aquellos equipos dinámicos que iniciaron las instituciones de Salud Mental en

España en los años 80 y que permitieron el logro de muchos aspectos positivos, como una mayor profesionalización de las intervenciones, un amplio repertorio de experiencias, mayores recursos y una consolidación de las estructuras, pero por el contrario, ha traído consigo una solidificación de la metodología de trabajo, el envejecimiento de los equipos y una burocratización de las tareas que impide en muchos casos, continuar con el proceso de cambio continuo; “dejar posiciones ya conocidas por otras más inciertas que suponen más riesgo” (8).

Para García Badaracco (2) es necesario poner mucha libido en la realización de la tarea. No se puede trabajar con la sensación de que uno tiene que dar permanentemente sin recibir nada. Se trata más bien de descubrir, reconocer y cultivar, los factores que contribuyen dentro de la tarea para la obtención de mayores gratificaciones y satisfacciones emocionales. El resultado terapéutico es posiblemente la fuente de gratificación más importante.

¿Cómo se hace todos los días, con respecto a la necesidad de gratificaciones adecuadas, para poder realimentar sanamente nuestras propias fuentes de libido necesaria para la tarea? Quizás esta realimentación hay que buscarla en el intercambio mismo con los pacientes y con los otros miembros del equipo, como un intercambio enriquecedor. Y también en el propio aprendizaje continuo de nuestro trabajo.

Burnout o desgaste emocional de los profesionales en el trabajo

Por desgracia, un fenómeno común a los equipos en las instituciones de ayuda es el síndrome de agotamiento o quemado (9). Se caracteriza por un desgaste de la persona o por un agotamiento causado por la excesiva demanda de energías, de fortaleza o de recursos y puede ser causa de trastornos psicológicos graves, del abandono de la profesión o del campo de trabajo. Son habituales las bajas laborales atribuibles al stress o depresión que sin embargo tienen su origen en un desgaste emocional o son posteriores a algún hecho traumático (agresión de un paciente por ejemplo).

Freudenberg define el burnout como “un estado de fatiga o frustración que aparece como resultado de la devoción a una causa, a un estilo de vida o a una relación que no produce las recompensas esperadas” (10) No se trata de agotamiento por exceso de trabajo, es decir, no es algo que pueda curarse tomando unas vacaciones. No se trata sólo de cansancio, sino que es una especie de “erosión del espíritu”, que implica una pérdida de la fe en la empresa de ayudar a otros.

Aparecen señales como el sentimiento de fatiga, molestias físicas, dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales, falta de sueño o dificultad en dormir, pérdida de peso y respiración cortada (11). El proceso de una persona quemada sufre un cambio. Se irrita con facilidad y se va volviendo paranoica; toma muchos riesgos o se vuelve rígido como resultado del desgaste. Para una persona exhausta, el cambio resulta amenazador. Otros indicios de este fenómeno son el desarrollo de una actitud cínica, vagar por todas partes, gastar más tiempo y hacer menos trabajo.

En cuanto a la estructura institucional, se observa un aumento de las horas dedicadas a la reunión del personal y, con ello, la disminución del tiempo de contacto con pacientes, que es un factor terapéutico de primer orden (7). También se burocratizan las tareas y el proceso de atención.

El trabajo obliga al equipo a una continua situación de contacto con emergentes conflictivos. Las situaciones de crisis son un desgaste fuerte para los trabajadores que a larga deriva en una automatización de la estructura de relación paciente / equipo terapéutico y educativo que obliga a continuas revisiones. El trabajo puede hacer pensar al profesional que sus recursos están agotados, frustrándose y culpabilizando al paciente de su situación. Con el tiempo puede empeorarse toda su labor asistencial estableciéndose una dinámica asistencial patológica, en lo que se ha denominado “burnout syndrome”. Esto se manifiesta con expectativas críticas, negativas o fatalistas respecto a los resultados terapéuticos, ritualismo asistencial, activismo humanitario irracional y dinámica burocrática.

El desgaste se ve facilitado por dificultades originadas por los propios profesionales como deficiente formación, falta de interés y escasa motivación. Pueden aparecer actitudes poco adecuadas y nada receptivas como son actitudes pasivas, de inhibición, derivativa, paternalista y compasiva o represiva y de rechazo con desconfianza mutua. El burnout (cansancio emocional, pérdida de empatía, bajo rendimiento), se asocia también con baja satisfacción profesional, miedo a cometer errores, escasez de recursos extraprofesionales, menor preparación, junto con demandas y expectativas excesivas.

Una anécdota referida por un profesional de un Hospital Psiquiátrico ilustra el caso. A un profesional con burnout se le ha diagnosticado un trastorno depresivo que le impide ir a trabajar y está dispuesto a abandonar de modo brusco su trabajo. Se encuentra de baja laboral y después de varios meses de tratamiento es citado por un inspector de la mutua para evaluar su estado. Al referirle al inspector el lugar donde trabaja, le pregunta ¿Qué sucede en vuestra institución que venís tantos en la misma situación? Él le contesta. Es un lugar de trabajo muy abierto a exponernos

emocionalmente al dolor de los otros; no tenemos muchos elementos de protección y encima hay varios trabajadores antiguos muy resistentes a realizar cambios.

Los tratamientos deben ser vistos, como un sistema de cambio continuo donde siempre es deseable la innovación y donde existe el peligro del “anclaje” del modelo por el cansancio del personal, así como por la necesidad de cumplir infinidad de respuestas dentro de un sistema amplio. La respuesta a la demanda de los usuarios vista como una problemática multicausal de factores físicos, psicológicos y sociales, debe darse desde un equipo multidisciplinar con roles muy definidos, preparación técnica suficiente y amplia autonomía administrativa que permita realizar los cambios adaptativos oportunos en cada momento. Además, es necesaria una supervisión a los miembros del equipo que ayude a rescatarlos de una forma de sufrimiento humano, que en la medida que no encuentre alivio, impregna de decepción y pesimismo a las instituciones desencadenando mecanismos defensivos intensos en pacientes, familiares y equipo que contribuyen a aumentar el malestar.

Cuidarse de uno mismo. Cuidado en el equipo y la institución

El cuidado es una responsabilidad personal de cada profesional y debe asumirlo como tal. Es muy importante la visualización de uno mismo como profesional de riesgo y el desarrollo de factores protectores.

Suele ser habitual en los profesionales dedicados a la atención un sentimiento de omnipotencia “puedo con todo”, mecanismos de defensa como la negación y puesta en el otro de la capacidad de enfermar. En ocasiones el miedo a no verse competente ante la complejidad de la psicopatología presente y las inseguridades a “no ser un buen profesional” pueden llevar a ocultar hechos traumáticos que puedan estar sucediéndole en el trabajo y no manifestar sentimientos como el miedo, la tensión o la inseguridad. Esto es un dolor que se acumula y puede cronificarse hasta llegar a enfermar.

El trabajo en contacto directo nos lleva a desarrollar el concepto de riesgo que es el primer paso para el cuidado: reconocerse como profesionales y como equipos en riesgo y dedicar recursos al desarrollo de estrategias que permitan amortiguar el efecto nocivo y contaminante que tiene el trabajo.

Abordar este tema en profesionales de ayuda, que están permanentemente orientados hacia las necesidades de otros, supone un cambio para dirigir la mirada hacia uno mismo y hacia los grupos de trabajo, que son la herramienta fundamental

en las relaciones de ayuda. La mayoría de los equipos e instrumentos de precisión no sólo tienen períodos de mantención periódica sino que están a cargo de personal técnico especializado que detecta el más mínimo error en su funcionamiento. Mientras más valiosas son las maquinarias, mayor es la inversión en su cuidado y mantención. A eso se refiere la responsabilidad por el autocuidado: exigir condiciones de trabajo que no impliquen ser tratados como profesionales desechables y que sean acordes a la delicada tarea encomendada (6).

Estrategias de autocuidado.

Si bien el compromiso emocional con que cada miembro de los equipos vive los acontecimientos no es el mismo, sabemos que consciente o inconscientemente las emociones nos llegan, nos penetran y actúan dentro de nosotros. Los mecanismos de defensa que todos utilizamos dependerán fundamentalmente de los recursos y/oicos genuinos que cada uno haya podido desarrollar a lo largo de su vida.

- Registro oportuno y visibilización de los malestares y poder expresarlos libremente. Los seres humanos aprendemos a silenciar estas señales postergando la satisfacción de necesidades básicas o invisibilizando las fuentes de dolor y malestar. Una estrategia importante de autocuidado se refiere a recobrar la capacidad de registrar oportunamente los malestares. Una gran cantidad de los trastornos que se describen como consecuencia del burnout se relacionan con no haber registrado oportunamente fuente de estrés o malestar, acumulando tensiones por largos períodos de tiempo que desembocan en lesiones o enfermedades. Recuperar la capacidad de registrar los malestares, tanto los físicos como los psicológicos es uno de los requisitos fundamentales del autocuidado. Darse cuenta cuando debemos descansar, cuando tenemos hambre, cuando debemos ir al baño, cuando debemos atender los dolores por una posición incómoda y relajarnos. Del mismo modo, ser capaz de registrar las molestias psicológicas oportunamente, lo que se relaciona con estrategias adecuadas de abordaje de conflictos.

- Permitirnos compartir con otros los sentimientos de tristeza, cansancio y agotamiento. Sucede con frecuencia que los profesionales tenemos resistencias a la hora de reconocer ciertos aspectos como el miedo, la impotencia, la desazón. Algo que nos puede ocurrir a todos. Por ejemplo después de un episodio violento sobretodo si ha sobrevenido una agresión, el impacto es tremendo para la persona que ha intervenido pero también para el resto de miembros. Las situaciones do-

lorosas y prolongadas silenciadas tienden a producir un tremendo malestar que pueda manifestarse en bajas laborales por stress, depresión, somatizaciones... Uno de los aspectos más inhabilitantes de la actividad profesional es el miedo a revivir el dolor de la situación traumática.

- Hay que darse tiempo y ha veces pedir ayuda profesional para elaborar las situaciones traumáticas que necesiten de buscar una salida de alivio. Además las circunstancias de vida de cada persona puede estar sometida a factores estresantes o dolorosos. Una importante responsabilidad es el cuidado de la salud propia y es recomendable una psicoterapia o un trabajo de conocimiento personal.

- Una distancia adecuada en la relación de ayuda “ni demasiado cerca, ni demasiado lejos”. Un motivo de desgaste suele ser la sobreimplicación en la vida de los pacientes o la proyección de expectativas y objetivos poco accesibles para realizarlos que suelen verse frustrados con frecuencia. La distancia, entendida no cómo algo físico entre profesional-paciente, sino como algo relacionado con las responsabilidades, con los límites y el lugar que ocupa cada uno en la tarea. Se pueden establecer relaciones acogedoras con los usuarios y saber captar donde están los límites de la relación de ayuda (que responsabilidad corresponde a cada cual) y el respeto mutuo. Esto requiere como condición aceptar nuestras propias limitaciones y las de nuestros pacientes, sin que esto deba significar a priori un sentimiento de frustración; solamente admitir que nuestra actitud debe ser plástica y requiere una buena dosis de paciencia y tolerancia y que muchas veces será necesario modificar la rigidez de nuestros propios esquemas. Lo que Jorge Barudy llama plasticidad estructural (12) es hacer uso del potencial que el organismo humano posee para encontrar respuestas adecuadas a los desafíos que se presentan en el vivir de cada día aceptando los límites estructurales de cada uno y cada situación lo que popularmente denominamos “no pedir peras al olmo”.

- Hay que tener en cuenta las transferencias y contranferencias entre profesionales y usuarios y la necesidad de espacios de vaciamiento y descompresión. Se trata de compartir la pesada carga emocional del impacto que provocan contenidos muy fuertes en la persona que los escucha. Es frecuente que el impacto emocional de algunos eventos traumáticos sea tan fuerte que deje al profesional “atragantado”, pegado en esa situación, sin posibilidad de registrar o elaborar otros contenidos hasta que no se produzca el vaciamiento. El vaciamiento tiene un efecto de descompresión, que es necesaria para poder seguir trabajando.

- Necesidad de disponer de espacios personales de oxigenación, en que la persona pueda airearse, nutrirse, en actividades absolutamente alejadas de las temáti-

cas de trabajo; como por ejemplo, caminar, darse un baño, ir al cine, la lectura, la participación en grupos y otros.

- También hay que contemplar y fomentar el ejercicio físico. Las tensiones del trabajo se acumulan en el cuerpo y la rigidez puede producir dolores musculares, dificultades para conciliar el sueño y cefaleas que pueden aliviarse dedicando espacios periódicamente para el cuidado del cuerpo. El cuerpo no debe ser despreciado y el cuidado no se debe concentrar solo en la mente.

- Ubicación de la responsabilidad donde corresponde. Evitando auto-responsabilizarse en exceso y no culpar a otros de los errores. Es un ejercicio muy importante de observación personal al que hay que dedicar algún tiempo diario y suelo denominar “perdonarse la vida”. Los profesionales se enfrentan a decisiones importantes de las personas que atienden y cada caso y situación son únicos. Es básico saber reconocer los errores, permitírsele sin flagelarse y aprender de ellos para las nuevas situaciones que van a surgir en el trabajo diario, donde una y otra vez suceden dificultades y hay que tomar decisiones. Un requisito para un abordaje adecuado de resolución de conflictos, es lo que permite la reparación, especialmente cuando ha habido daño como consecuencia del manejo inadecuado de conflictos. Saber pedir disculpas cuando somos conscientes que hemos cometido un error es básico para el respeto de nosotros mismos y los demás y un elemento de salud mental importante.

- Seguir formándose de modo continuado, recibiendo formación en aquellas perspectivas teóricas que entregan destrezas instrumentales adecuadas para el tipo de trabajo. Recordemos que una fuente importante de desgaste profesional es la sensación de ineficiencia y de incompetencia.

Generar condiciones “cuidadosas” y protectoras para el trabajo dentro de los equipos

Se refiere a crear y asegurar condiciones de trabajo que transmitan un mensaje de preocupación y cuidado de la institución por sus equipos de trabajo y las personas que los componen. Algunos de estos factores protectores se refieren a las condiciones mínimas de seguridad en relación al desempeño laboral, otras se refieren a los estilos de liderazgo y a los estilos de supervisión en los lugares de trabajo.

Hay también una co-responsabilidad de todos los miembros de un equipo para cuidarse uno a otros, “hoy por ti mañana por mí”. Muchos episodios del tra-

bajo están expuestos a la vista de los otros, sean pacientes o miembros del equipo y cada intervención terapéutica, educativa o socio-terapéutica es única para el momento y la situación. La opinión franca y sincera de los compañeros es una de las mejores herramientas para nuestra salud mental. Que nos señalen lo que no vemos, o nos cuesta aceptar, y apoyarnos en las incertidumbres es un buen factor de clima laboral, de soporte emocional y de crecimiento personal.

- El equipo que trabaja en este campo debe tener una remuneración económica adecuada y sobre todo seguridad en este sentido. Evitar la inestabilidad de los equipos y favorecer la cohesión.
- Asegurar a los profesionales las condiciones mínimas de resguardo de la integridad personal en el trabajo por parte de las instituciones. Especialmente cuando el trabajo se desempeña en comunidades de alto riesgo social y con usuarios que pueden ser peligrosos
- Organizar espacios sistemáticos en que todo el equipo tenga la oportunidad de vaciar los contenidos más contaminantes. Hacen falta espacios dentro de las instituciones ya sean en reuniones técnicas, supervisiones de casos o sesiones clínicas que permitan no llevarse los problemas a casa; porque ni es adecuado y además vulnera el acuerdo de confidencialidad Este vaciamiento más estructurado permite además la comunicación de ideas y el compartir modelos conceptuales que aseguran un mejor afianzamiento de los equipos de trabajo.
- Compartir la responsabilidad de las decisiones de riesgo que debe tomar cada miembro del equipo; por ejemplo en la exclusión de un paciente del tratamiento El desgaste que implica tomar la responsabilidad en este tipo de decisiones, sobre todo en aquellas que tienen alguna probabilidad de tener desenlaces de gran tensión, puede amortiguarse cuando es todo el equipo quien asume la responsabilidad por las consecuencias de la decisión.
- Horario limitado de trabajo y tiempos adecuados para la recuperación. La disponibilidad en cuanto al teléfono móvil, correo electrónico y otras tecnologías fuera del horario de trabajo debe limitarse por cuanto muchas de las demandas laborales contienen angustia y urgencia.
- Hay que cuidar la dependencia del trabajo. Nadie es imprescindible y debe fomentarse la autonomía dentro de la institución. En sistemas muy jerarquizados el líder o director esta sobrecargado y es necesario una delegación de responsabilidades.
- Estilos de liderazgo democráticos. Los estilos de liderazgo autoritario y vertical aumentan la probabilidad de reproducir las dinámicas de abuso en el inte-

rior de los equipos y tiende a silenciar los conflictos actuando las situaciones de desprotección y violencia.

- Criterios claros y consensuados entre todos y revisados periódicamente de los aspectos fundamentales del trabajo. El equipo debe tener una claridad sobre cómo actuar, no se puede transmitir el mensaje de que se está dispuesto a aguantar todo. Hay que situar las cosas, poniendo límites claros.
- Crear espacios de distensión en el equipo que permita relacionarse en otras áreas y temas. Por ejemplo hacer una parada y tomarse un tiempo para una infusión pudiendo distenderse de la presión y hablar de otras cosas que no sea de trabajo. Espacios lúdicos compartidos: comidas o cenas de equipo, regalos de navidad,...
- Retroalimentación de reconocimiento por parte de la dirección y la institución hacia los trabajadores. Con pequeños detalles y gestos se puede manifestar confianza, cariño y respeto y alientan en el desempeño de la tarea.
- Permitir pedir ayuda oportuna a supervisores o consultores externos para elaborar los temas que dificultan el avance del equipo con estilos de supervisión protectores y fortalecedores de los propios recursos.
- Espacios protegidos para la explicitación y resolución de los problemas surgidos en el interior de los equipos, desarrollando estrategias constructivas en las cuales puedan ventilarse los desacuerdos y desarrollo de destrezas de negociación, consenso y respeto de las diferencias.
- Formación y capacitación permanente del personal dentro de la propia institución aprovechando el aprendizaje que se presentan en la vida diaria de la institución. Seminarios clínicos, talleres de capacitación en habilidades y técnicas
- Apoyo de la institución para la formación externa en áreas propias de cada profesional. También una formación específica según los casos; para reconocer la patología del usuario y el modo de relacionarse ante situaciones concretas.
- Crear espacios para pensar en lo que se está haciendo. Se dedica poco tiempo a ello, lo cual dificulta contextualizar y entender las situaciones que se están viviendo ayudando a buscar alternativas y promover los cambios oportunos.
- Promocionar el estudio y la presentación de trabajos en congresos de investigación y de reflexión metodológica de la tarea que se va realizando tratando de aunar trabajo práctico y marco teórico.
- Favorecer las relaciones vinculares con otros profesionales de otros servicios y redes, mediante Jornadas, Seminarios, visitas a los centros que favorezcan los procesos de derivación de pacientes y complementación de actuaciones con

otras instancias. Por ejemplo con el sistema judicial tan ajeno al mundo socio-sanitario con el que se comparte la responsabilidad de muchos casos.

- Apoyo y supervisión a los profesionales que comienzan. El trabajo por la cantidad de estímulos continuos y el contacto directo con los pacientes supone un fuerte stress en las personas que se inician y es necesario cuidar y llevar la preparación del personal de forma progresiva, enseñando e informando, al mismo tiempo que se elimina la presión del trabajo diario. El personal encontrará respiro al estar en una situación de recibir más que dar durante todo el día.
- Cuando existe personal voluntario, deben ser protegidos cuidadosamente y puestos en programas de preparación dotándoles del soporte emocional necesario para afrontar aspectos que les puedan descompensar en las relaciones con los usuarios.
- En algunas instituciones se proponen trabajos rotativos con el objetivo de evitar el aburrimiento y la rutina. Un aspecto importante es como dar una salida laboral a personas que ya no están con la disposición anímica para seguir. Ayudar a desengancharse y ver que cuando el trabajo se convierte en sufrimiento se enferma y más que compensaciones hay que abrir una puerta que facilite la salida profesional.
- Transmitir confianza y esperanza en lo que estamos haciendo Existe mucho dolor y desesperanza en algunos pacientes. Algunas personas se encuentran en situaciones límite y la relación que mantienen con los profesionales, aún distando de ser la ideal, es la mejor que pueden tolerar. Es una responsabilidad enorme sostener esa relación y la esperanza es un importante componente de la moral comunitaria.
- Un modelo integral de cuidado institucional contempla la necesidad de una supervisión clínica y de equipo como herramienta de intervención. La supervisión esta en relación con la formación continuada y el cuidado de los equipos. Cada equipo necesita de su propio espacio y tiempo. La participación de un profesional externo a la institución que ayude a los equipos a reconocer los elementos conflictivos del trabajo y facilite la comunicación entre sus miembros, aportando un plus de experiencia no es una tarea fácil. Hace falta una sintonía entre supervisor, equipo y dirección y la construcción de una estructura adecuada a las necesidades de cada institución.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Barenblit V, Díaz M. Supervisión en el campo de las drogodependencias, en VV.AA.: Supervisión clínica e institucional de drogodependencias, San Sebastián, AGIPAD, 1997.
- 2- García Badaracco JE. Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de estructura Multifamiliar. Tecnicapublicaciones, 1990.
- 3- Roldán G. Treatment of drug addicts by a professional staff team using a Therapeutic Community and group psychotherapy. London: *Therapeutic Communities*, 2001; 22(1): 29-40.
- 4- Roldán G. El cuidado en los equipos y los profesionales de la atención. *Revista Española de Drogodependencias*, 2008; 33, vol. (3): 302-320.
- 5- VV.AA. Inquietudes de los/las profesionales en la intervención en drogodependencias. Comisión Técnica de Asistencia del Consejo Asesor de Drogodependencias del Gobierno Vasco, 2005.
- 6- Arón AM y Llanos MT. Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares*, 2004; año 20, nº 1-2, p 5-15.
- 7- Kenberg OF. Trastornos Graves de la Personalidad. Ediciones Manual Moderno, 1984.
- 8- O 'Donnell P. Teoría y técnica de la psicoterapia grupal. Amorrortu Editores, 1974.
- 9- Majoor B. What is burn out? En: Kaplan & Kooyman (Eds.). Proceedings of the ICCA 15th International Institute on Prevention and Treatment of Drug Dependence, Rotterdam: Erasmus University, 1986. pp. 151-155.
- 10- Freudenberg H. Staff burnout. *Journal of Social Issues* 1974; 30 (1) 159 Vol. 12 (1).
- 11- Freudenberg HJ. Burn out: The high costs of high achievement. New York: Anchor Press / Doubleday, 1980.
- 12- Barudy J. Maltrato Infantil - Ecología Social: Prevención y Reparación. Editorial Galdoc (Chile), 2001.

4.4.- El valor del vínculo y los procesos de incapacitación y tutelaje con personas en exclusión social.

**Izaskun Sarabia, Elisabete Arostegui,
Sonia Costillas y Alessandro Bua.**

La necesidad de atención a las personas en situación de grave exclusión y con problemas de uso y/o abuso a drogas ha sido, entre otras cuestiones, una de las que hace tiempo detectó y atendió la sociedad civil organizada, o lo que llamamos Tercer Sector, porque lo cierto es que la respuesta a las necesidades sociales la han liderado históricamente las entidades sociales, mucho antes de que lo hicieran los poderes públicos.

El hecho de no perseguir fines de lucro, la flexibilidad y/o capacidad de adaptación a la realidad cambiante, su contacto con las personas en exclusión social y el conocimiento directo de su problemática, así como la capacidad de captar recursos y movilizar al voluntariado, han favorecido que el Tercer Sector haya ido participando cada vez más en el desarrollo de un conjunto de prestaciones y servicios que, con el paso del tiempo, han sido parcialmente incorporados en la red pública de servicios sociales. De esta forma, se han configurado nuevos derechos sociales para la ciudadanía y obligaciones para las administraciones públicas.

Sin embargo, el desarrollo del sistema de protección social destinado a cubrir necesidades sociales y sanitarias de las personas en situación de exclusión social adolece de diferentes debilidades, que terminan desplegando sus efectos negativos sobre los colectivos destinatarios y, en este caso, sobre las personas consumidoras de drogas ilegales en situación de exclusión social. Desde la experiencia directa con este colectivo, se ha observado una modificación progresiva de sus características sociosanitarias y necesidades asistenciales a lo largo del tiempo, aumentando de forma significativa la superposición de distintos factores de exclusión social que, a su vez, se han ido cronificando con el tiempo. Entre ellos, asumen gran relevancia las distintas patologías mentales (en muchos casos crónicas y también sin diagnosticar), que son especialmente frecuente entre las personas sin hogar/en exclusión: éstas generan por un lado mayores dificultades a la hora de acceder a los servicios y

recursos existentes, y por el otro caracterizan una intervención plena de obstáculos de difícil superación para el equipo profesional.

Frente a estas circunstancias, la red de atención a las adicciones se ha adaptado a las necesidades cambiantes de forma asimétrica y no siempre con todo el dinamismo que cabría esperar, mostrando en ocasiones la persistencia de una visión victimizadora y pasiva del colectivo drogodependiente. Esta perspectiva deriva de la construcción social de la imagen de la persona consumidora y del correspondiente estigma, que sitúan a las personas con adicciones al margen del sistema social y plantean una serie de medidas asistenciales que no miran al desarrollo de capacidades y habilidades subjetivas orientadas a la incorporación social, sino que terminan fomentando una postura asistencial y de demanda por su parte.

En este sentido, es imprescindible superar determinadas actitudes y entender que la adicción constituye una problemática compleja y multidimensional, en la que convergen factores de carácter social y sanitario, a la que se debe atender desde diferentes niveles de intervención, que reúnan tanto al ámbito social como a las mismas administraciones públicas. Sin embargo, las inercias institucionales, algunas leyes y procedimientos, así como la falta de instrumentos adecuados para un trabajo compartido, apuntan a una distancia significativa entre el discurso político y la realidad cotidiana: a pesar de lo expresado en la norma, no se percibe en el sector un apoyo real y continuo por parte de la administración ni la dotación de medios suficientes para que ese desarrollo legislativo se pueda realizar, de facto, de la manera más adecuada.

Este capítulo basado en el *“Manual de buenas prácticas para la creación de alternativas de intervención dirigidas a la población drogodependiente en situación de exclusión social: un nuevo paradigma de intervención”*¹ (1) persigue alimentar la reflexión sobre la necesaria revisión y actualización del modelo de intervención en materia de drogodependencias, concretamente con relación a las políticas y actuaciones en Reducción de Daños que se desarrollan en los recursos de baja exigencia. Para ello, se presentan a continuación los dos conceptos principales -recurrentes tanto en las necesidades detectadas en el colectivo estudiado, como en las herramientas profesionales demandadas- los cuales ayudan y benefician a una mejora del trabajo con este colectivo: el capital relacional y los procesos de incapacitación y tutelaje.

¹ Para la elaboración de este manual se realizó un estudio exploratorio en el País Vasco con técnicas cuantitativas (se encuestaron a 89 hombres y 22 mujeres con problemas de consumo de drogas y en situación de exclusión social grave), y técnicas cualitativas (grupos de discusión con 17 profesionales que atienden a este colectivo y 13 entrevistas en profundidad).

1. Capital relacional y su vinculación con los procesos de exclusión e inclusión.

“La exclusión social deteriora los vínculos, las comunidades, la constitución del sujeto y sus marcos de sentido”, y desde FOESSA (2) cada vez son más conscientes de la importancia de estos factores de desarrollo social y, en especial, de su papel en los procesos de empoderamiento de las personas en situación de exclusión. Existe un acuerdo masivo entre profesionales respecto a que las personas en situación de exclusión pierden relaciones y ven deteriora su capacidad para establecer nuevos vínculos. La experiencia de la exclusión produce experiencias extremas de confianza y desconfianza

Esta misma Fundación entiende por capital social el conjunto de relaciones y pertenencias del sujeto que tienen influencia en su capacidad económica porque, como también expresan Subirats y otros (3), existen claras conexiones entre la posición que los individuos ocupan en el mercado y las redes sociales y familiares disponibles. Esto último se llama a menudo el «capital relacional» entendido como un activo más, junto al económico o el formativo, a la hora de explicar la posición en que se hallan las personas y/o los grupos sociales en la sociedad o en sus distintos campos o espacios de intercambio

1.1 Importancia de los procesos individualizados. Los itinerarios personalizados de trabajo y la recuperación de los dinamismos vitales

El capital relacional resulta fuertemente afectado por la exclusión en la vertiente subjetiva -Bell Adel (4), plantea que si los itinerarios de exclusión son personales, familiares y a veces grupales, pero su origen es básicamente estructural, será necesaria una intervención que a la par que transforma los aspectos estructurales plantee una forma de intervención individual, personalizada.

Estos elementos subjetivos afectados aluden a la personalidad, a las situaciones personales relacionadas con la ausencia de afecto y amor, la falta de comunicación, la ausencia de expectativas, etc. que debilitan y erosionan los dinamismos vitales: la afectividad, la confianza, identidad, reciprocidad, autoestima, etc. dando lugar a la pérdida de significaciones y sentido de la vida, a una ausencia de expectativas y a una sensación de pérdida futuro. Todas estas situaciones acentúan las estructuras de impotencia que derivan en anomia, pasividad, abandono de todo intento de superación, y desenganche de los procesos de socialización.

Renés (5) por su parte, profundiza en la importancia de las intervenciones profesionales que se desarrollan con las personas en exclusión social. El autor afirma que la inserción social no se ha de considerar como una consecuencia resultante de determinados recursos, sino que el propio proceso de inserción exige pensar más en términos de itinerarios, es decir, más en el camino que en la meta. “Por ello resulta imprescindible romper con la fragmentación de la intervención en una concepción que considere, que si bien las problemáticas concretas constituyen ejes posibles de intervención, como por ejemplo el trabajo, la intervención debe actuar sobre el conjunto de causas y factores que operan en el problema”.

En esta nueva visión de la inserción social se enumeran cinco criterios básicos para la adecuación a la realidad social de las personas con las que se interviene:

1. Las personas en situación de exclusión social deben de considerarse sujetos activos del proceso: siendo los y las profesionales quienes deben de estar para ayudarles a hacer, no quienes hagan.
2. Se debe trabajar en red desde la complementariedad: es decir, que los programas dirigidos a la inclusión social hagan red complementaria con otros agentes, pensando y realizando en red los objetivos, los recursos y los roles.
3. Hay que ofrecer recursos de calidad: entendiendo por un servicio de calidad el que está orientado a satisfacer las necesidades de la persona usuaria, el que se encuentra en una mejora continua y en el que la calidad es una parte consustancial a la identidad de la organización /entidad.
4. Hay que establecer un trabajo basado en el acompañamiento: esta es la tarea principal que ha de estar presente durante el conjunto del proceso de inserción social.
5. Se debe construir en el proceso una comunidad acogedora y accesible: es decir, que el trabajo de las entidades dedicadas a la inserción social modifique el entorno donde se pretende insertar a las personas en exclusión social con las que se trabaja.

1.2 Procesos de incapacitación y tutelaje

Los trastornos derivados del consumo de alcohol y drogas son causa de múltiples problemas en diferentes ámbitos del Derecho. Además, la frecuencia con la que las conductas adictivas coexisten con otras patologías psiquiátricas es alta, dando lugar en el ámbito civil a que algunos casos el abuso, dependencia u otros trastornos inducidos por sustancias puedan considerarse como enfermedades o

deficiencias persistentes que impidan a las personas gobernarse a sí mismas (6). Para proteger a estas personas contra posibles situaciones de desamparo o indefensión, cuando ellas mismas o sus familiares no puedan hacerse cargo, existe un método llamado “incapacitación”.

La incapacitación es un proceso judicial en el que una sentencia judicial reconoce que las personas no tienen esa capacidad de autogobierno. Esta sentencia es la que determina los límites de esa incapacidad. La incapacitación debe entenderse siempre de forma positiva, es decir, para la protección de la propia persona. Además no se trata de un proceso irreversible: puede revisarse si las causas que la motivaron o las condiciones de la persona cambian. De hecho, se considera una medida intermedia, dado que el objetivo último del trabajo con las personas de este colectivo es el logro de la autonomía de las personas atendidas.

1.2.1 Incapacitación

Por la importancia que tiene estos procesos, queremos explicar más detalladamente en qué consisten:²

- A) La incapacitación.
- B) La modificación de la incapacitación o reintegración de la capacidad.
- C) El internamiento involuntario por trastorno psíquico
- D) La declaración de prodigalidad

En todos ellos, es competente el Juez de 1ª Instancia del lugar de residencia del la persona destinataria del procedimiento, sin que quepan sumisiones a otros tribunales. Las partes deberán ser representadas por abogado/a y procurador/a, y el Ministerio Fiscal será parte siempre.

A) Incapacitación:

El art. 200 del Código Civil mantiene que “*Son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma*”.

¿Quién está legitimado para presentar esta demanda? La Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC) lo señala en su artículo 757: *el propio incapaz, así como su cónyuge o pareja de hecho, descendientes, ascendientes y hermanos*. Y amplía esta facultad a *cualquier persona, autoridad o funcionario público, que tenga conocimiento*

² Este apartado está basado en dos documentos: primero por la abogada Isabel Winkels Arce en su documento Incapacitación Judicial de las personas y segundo por la información ofrecida en la web doalzheimer.com, sobre temas de incapacitación y tutela.

de la concurrencia de alguna enfermedad o circunstancia determinante, para ponerla en conocimiento del Ministerio Fiscal a fin de que éste incoe el procedimiento correspondiente.

Obviamente, la legitimación pasiva recae en la persona incapaz, que puede comparecer en el proceso con su abogado/a y procurador/a. Si no lo hace, será defendida por el Fiscal, siempre y cuando no hubiera sido promotora del proceso. Si lo fue, se le nombrará un defensor judicial para que cuente con las máximas garantías.

El procedimiento es simple, y básicamente flexible: la adjudicatura puede decidir que las audiencias se celebren a puerta cerrada, que las actuaciones sean reservadas, la práctica de pruebas se puede acordar en cualquier momento, con independencia del momento en el que se haya propuesto, la audiencia puede indagar sobre aquellos extremos que le parezcan dudosos con plena libertad, oyendo a parientes, al incapaz, y sin vincularse a la conformidad que pudieran manifestar las partes.

La adjudicatura deberá siempre recabar un dictamen pericial médico, sin el cual no puede dictar ninguna resolución. La sentencia deberá fijar los límites de la incapacitación, la necesidad de internamiento en su caso, el régimen de tutela o guarda, y la persona que deba asistir, representar y velar por el incapaz.

Esta sentencia se inscribirá siempre en el Registro Civil, y puede ser inscrita en cualquier otro registro a los efectos pertinentes. Mediante el mismo procedimiento, y con las mismas exigencias legales, puede instarse por las personas interesadas que quieren la reintegración y modificación del alcance de la incapacitación.

B) Reintegración de la capacidad y modificación del alcance de la incapacitación.

Como se ha señalado, la incapacitación no tiene porque ser definitiva; el artículo 761 de la LEC señala que “*La sentencia de incapacitación no impedirá que, sobrevenidas nuevas circunstancias, pueda instarse un nuevo proceso que tenga por objeto dejar sin efecto o modificar el alcance de la incapacitación ya establecida*”. Es decir, las mismas personas legitimadas para instar la incapacitación, y quienes ejercieren cargo tutelar sobre él, pueden solicitar que ésta se deje totalmente sin efecto, o que se altere el alcance de la incapacitación previamente señalado.

El procedimiento es básicamente igual al de la incapacitación, y la sentencia deberá pronunciarse sobre si procede o no dejar sin efecto la incapacitación, o sobre si deben o no modificarse la extensión y los límites de ésta. Esta nueva sentencia tendrá reflejo en los Registros dónde se inscribió la incapacitación anterior.

C) Internamiento involuntario por trastorno psíquico.

Esta sensible medida está regulada en el artículo 763 de la LEC. Su objetivo es acordar el internamiento de personas con trastornos psíquicos que no están en condiciones de decidirlo por sí mismas. Como regla general, antes de acordar este internamiento deberá requerirse la autorización judicial. Pero si por razones de urgencia esto no fuera posible, deberá informar al Juzgado en las 24 horas siguientes al internamiento.

Antes de acordar el internamiento, o de ratificar el ya efectuado, la Magistratura deberá oír a la Fiscalía, examinar por sí mismo al afectado, a cualquier otra persona cuya comparecencia sea pertinente, y al facultativo designado por él.

Si en la resolución se acuerda el internamiento, debe expresar la obligación de los facultativos que atiendan al internado de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida. Estos informes se emitirán cada 6 meses, a no ser que el juez señale otro plazo inferior, debido a la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento. Una vez estudiados, la adjudicatura decide si mantiene o no el internamiento. Cuando los facultativos decidan que no es necesario mantener el internamiento, darán el alta al enfermo y lo comunicarán inmediatamente al juez competente.

D) Declaración de prodigalidad.

El Tribunal Supremo define pródigo como “conducta desarreglada de la persona que por modo habitual malgasta su patrimonio con ligereza, que lo pone en peligro injustificado en perjuicio de su familia”.

El objetivo de la declaración es limitar la capacidad de administración de su patrimonio de la persona supuestamente pródiga. Cuando se detecte que concurre esta enfermedad, se debe plantear la petición de esta declaración cuanto antes, ya que tiene efectos únicamente a partir de la presentación de la demanda, ya que los actos del declarado pródigo anteriores a la demanda de prodigalidad no podrán ser atacados por esta causa. (Artículo 297 del Código Civil).

Pueden instar esta declaración el/la cónyuge, los/las ascendientes y los/las descendientes. El procedimiento es igual de flexible y amplio que el de incapacitación. La sentencia precisará qué actos no puede realizar el declarado pródigo sin el consentimiento de la persona que deba asistirle, y quien es esa persona. Se inscribe asimismo en los Registros pertinentes.

Medidas cautelares de protección

La incapacitación civil intenta velar por los intereses de las personas incapaces y potenciar al máximo las funciones de protección que el Derecho ofrece a todas

aquellas personas con las facultades cognoscitivas mermadas, como pueden ser las personas drogodependientes crónicas con patología dual.

Como el proceso de incapacidad puede durar mucho tiempo (6 a 18 meses) y debido a que una persona adicta crónica y con otro tipo de patologías físicas/psíquicas asociadas a su enfermedad, puede dar lugar a gran cantidad de situaciones de riesgo y urgencia en relación a la inmediata protección personal del enfermo, existe la posibilidad de adoptar medidas cautelares.

Para internar a un paciente de estas características, es necesaria una previa autorización judicial. El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí misma, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá previa autorización judicial. En caso de que dicho internamiento se tenga que realizar urgentemente, se podrá realizar sin autorización, pero la persona responsable del centro en que se hubiera producido el internamiento deberá dar cuenta dentro del plazo de 24 horas a la adjudicatura competente, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida. Una vez dictada la sentencia de incapacitación, ésta debe determinar su extensión y límites, y establecer el régimen de protección al que queda sometido el incapacitado (tutela, curatela o guarda). Asimismo, esta sentencia nombrará a la persona que haya de asistir o representar al incapaz y velar por él.

1.2.2 La tutela

Nombramiento de tutor/a

Para el nombramiento de tutor/a, la Ley establece un orden de preferencia no vinculante para el Juez/a, ya que éste/a puede alterar el orden en beneficio de la persona incapacitada. Dicho orden es el siguiente:

1. Cónyuge que conviva con el tutelado/a.
2. Padres.
3. Personas designadas por éstos mediante la Declaración de voluntades anticipadas.
4. El descendiente, ascendiente o hermano/a que designe el Juez/a.

La tutela se ejercerá siempre por un solo tutor/a, salvo en los casos en que la Ley admite que sean varios (Artículos 236 a 238 del Código Civil) o lo considere conveniente la adjudicatura.

Capacidad para ser tutor/a

Pueden ser tutores las personas que se encuentren en el pleno ejercicio de sus derechos civiles y en quienes no concurren alguna de las causas de inhabilidad establecidas por la Ley.

Los/as tutores/as están obligados a defender y velar por los intereses del incapacitado/a, estando su actuación sometida al control judicial. A este respecto deben hacer un inventario de bienes en los primeros 60 días y presentarlo al magistrado/a, así como, rendir cuentas anualmente al juez/a que conoció de la incapacitación mediante la presentación de un informe anual sobre la situación de su tutelado/a y el estado de su patrimonio.

Por último, y en lo que respecta las facultades del Tutor/a debe tenerse en cuenta que existen determinados actos para los cuales será necesario obtener una autorización judicial previa, como sería el caso de la compraventa de bienes inmuebles.

La inhabilidad de la tutela

La persona asignada como tutora puede ser inhabilitada por el Juez/a si la causa es lo suficientemente importante para poner en riesgo al afectado. Las causas pueden ser por inmoralidad, imposibilidad o desconfianza. Así mismo, un/a tutor/a puede ser movida de su cargo después de dejar la tutela cuando incurran en causa legal de inhabilidad, cuando se conduzca mal en el desempeño de la tutela, por incumplimiento de los deberes propios del cargo, o cuando surjan problemas de convivencia graves continuados.

También el/a tutor/a puede excusarse del desempeño de su cargo siempre que resulte excesivamente gravoso su ejercicio por razones de edad, enfermedad, ocupaciones personales o profesionales y por falta de vínculos.

Documento de voluntades anticipadas

Cualquier persona con capacidad suficiente y de manera libre puede expresar las instrucciones a tener en cuenta cuando se encuentre en aquella situación en que las circunstancias concurrentes no le permitan expresar personalmente la voluntad. En el documento también se puede designar la persona que represente al enfermo, que será el interlocutor válido con el médico.

Mientras que el acta notarial de autotutela goza de diversas garantías, en el documento notarial de voluntades anticipadas no hay este control judicial ni existe hoy ningún registro. Por esta razón y hasta que no se disipen estas cuestiones a través de la Jurisprudencia, lo más adecuado es que quien realice estas voluntades anticipadas haga también la autotutela y designe en los dos casos a la misma persona.

El documento de voluntades anticipadas requiere de unas formas para su validez, bien ante notario o ante tres personas mayores de edad y con plena capacidad de obrar, dos de las cuales como mínimo no tienen que tener relación de parentesco hasta el segundo grado, ni estar vinculados en relación patrimonial con el otorgante.

Aunque pueda parecer que el proceso de incapacitación está regulado, el colectivo profesional que participó en la elaboración del Manual de buenas prácticas, demanda la promoción de la reforma legislativa para mejorar el procedimiento e incorporar a los agentes sociales no sólo como informadores, sino como promotores del procedimiento. También se concluyó en la necesidad de crear juzgados especializados y/o dotar de conocimientos especializados a los/as jueces en casos sociosanitarios.

2. Principios claves en la intervención

Las buenas prácticas que se identificaron en el estudio, giran en torno a unos principios clave que orientan la intervención y que, a su vez, se concretan en un número determinado de herramientas operativas. Los principios clave son los siguientes:

- o *Principio de Atención personalizada:* adaptada a las necesidades y capacidades de cada persona. Esto supone que también tenemos en cuenta las necesidades emocionales y sociales de la persona (estado emocional: necesidad de comprender, expresar y compartir emociones). Además creemos que es importante acompañar a las personas usuarias en potenciar vínculos (redes de apoyo). En este estudio hemos dado un significado especial a la necesidad de favorecer y desarrollar los vínculos: de seguridad, de protección, de afecto, de estima y de apego, específicamente en lo relativo a las relaciones sociales e institucionales (mejora de la relaciones entre sus iguales y participación en la comunidad (sentido de comunidad). En lo relativo a las habilidades sociales y capacidades, hemos querido dar un enfoque global, hablamos de los recursos personales, tanto en las competencias sociales como en los dinamisismos vitales (autoestima, motivación y responsabilidad; lo contrario al Sin Sentido) que presenta la persona. Además queremos exponer nuestra preocupación en cuanto a las situaciones de pérdida de autonomía personal, y es por ello que hemos hecho propuestas concretas para desarrollar protocolos de coordinación entre el sistema social, sanitario y judicial de cara a poder activar mecanismos de

protección (incapacitaciones, tutelas, ingresos involuntarios, etc.), y por último y no menos importante, hemos remarcado la importancia de acompañar a las personas usuarias en todo su proceso e itinerario, con especial atención en las situaciones de enfermedad terminal (acompañamiento en el final de la vida).

- o *Principio de integralidad*: la atención deberá ser integral, es decir tenderá a la consecución de un modelo global de bienestar que deberá abarcar —debidamente coordinados entre sí— los aspectos sanitarios, sociales, psicológicos, ambientales, culturales, y análogos.
- o *Principio de protagonismo*: Acompañar a la persona en sus decisiones vitales, promoviendo su autonomía y enfocando la intervención desde las potencialidades, para facilitar la superación de las carencias y limitaciones.
- o *Principio de intervención comunitaria*: Incorporar en la intervención una serie de elementos de carácter contextual, que pretendan incidir en la imagen social de la persona consumidora de drogas en situación de exclusión social y que promuevan la potenciación de su capital social.
- o *Principio de calidad*: Introducir una serie de criterios de gestión interna que favorezcan la evaluación continua de los recursos desde una perspectiva de adecuación a las necesidades cambiantes del colectivo destinatario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arostegui E, Sarabia I, Costillas S, Somoza M, Telletxea AS, Bua A, Antolín A y Segador M. Manual de buenas prácticas para la creación de alternativas de intervención dirigidas a la población drogodependiente en situación de exclusión social: un nuevo paradigma de intervención. Gobierno Vasco: Dpto. de Empleo y Asuntos Sociales, 2013.
2. FOESSA. VI Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2008. Madrid: FOESSA, 2008.
3. Subirats J. (Dir). Riba C, Giménez L, Obradors A, Giménez M, Queralt D, Bottos P, Rapoport A. Pobreza y exclusión social: Un análisis de la realidad española y europea. Barcelona. Fundación La Caixa, 2004.
4. Bell Adel C. Exclusión social: Origen y características. Curso: “Formación específica en Compensación Educativa e Intercultural para Agentes Educativos”. Murcia 30 de Enero de 2002. Disponible en: http://enxarxats.intersindical.org/nee/CE_exclusio.pdf
5. Renés V. Criterios y objetivos para la calidad en la intervención social. *Documentación social*, 2005; 135: 11 – 34.
6. Serrat D y Morales C. Los problemas legales que pueden plantear el consumo de drogas. En: Seva, A. y cols. La drogadicción. CAI. Zaragoza, 1999.

LEGISLACIÓN REFERENCIADA:

1. Ley 1/2000, de 7 de enero, de enjuiciamiento civil: B.O.E., no 7 de 8 de enero de 2000. Madrid: Jefatura del Estado.
2. Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de servicios sociales: B.O.P.V., no 246 de 24 de diciembre de 2008. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
3. Ley 18/1998, de 25 de junio, sobre Prevención, Asistencia e Inserción en Materia de Drogodependencias: B.O.P.V., no 131 de 14 de julio de 1998. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
4. Ley 18/2008, de 23 de diciembre, para la Garantía de Ingresos y para la Inclusión social: B.O.P.V., nº 250 de 31 de diciembre de 2008. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Sección 5.

Políticas e Institución.

- Las políticas impulsadas por los Estados en relación a las drogas, con pequeños matices, han seguido durante casi un siglo lo dictaminado por la Administración de los EE.UU. A pesar de importantes informes sobre algunas sustancias que contradicen la implantación de dichas legislaciones, las políticas prohibicionistas fueron impuestas durante todo el siglo XX.

- Con el cambio de siglo, en esta última década, muchos países han ido cambiando silenciosamente sus políticas, despenalizando consumos en algunos casos, algunos Estados latinoamericanos y del Norte han regulado y legalizado algunas sustancias anteriormente prohibidas, y en otros, apostando de forma clara por el tratamiento y la inserción social de las personas con dependencia desde perspectivas psico-educativas, en vez de centrar sus esfuerzos en la persecución y condena, puesto que después de tantos años ha quedado claro que esa “guerra contra las drogas” no ha funcionado. Ináki Markez y Fernando Pérez del Río abordan estas cuestiones en *Políticas de Drogas y globalización ¿convivencia de la prohibición y tolerancia en las políticas sociales?*

Las leyes están lejos de ofrecer seguridad pues, por un lado se reconoce que no se atenta contra la salud pública cuando se consume, ni contra el orden público cuando se hace privadamente, pero por otro lado no se puede tener el objeto del consumo fuera de los lugares privados. Una salida es producir en privado lo que se va a consumir en ese mismo espacio, pero si no se reconoce la tenencia y el traslado para el uso privado, o se prohíbe todo, no existirá coherencia.

- La participación ciudadana es el proceso mediante el cual el profesional de la salud y el paciente contribuyen a la toma de decisiones relacionadas con su salud o

la enfermedad; en términos de los estilos de vida, para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, en términos de elección de los tratamientos o bien para la redistribución de recursos, siendo este último campo poco explorado y discutido. Las personas tenemos la capacidad y voluntad de ejercer el control sobre lo que tiene que ver con nuestra salud. La relación paternalista entre los profesionales de la salud y los pacientes se acaba en el momento en el cual quien toma la decisión sobre lo que hay que hacer, de acuerdo con sus valores personales y su entorno, es el mismo paciente. Como la información y el conocimiento están en manos de los profesionales, este proceso aquí no es factible si no se acompaña de un cambio estructural importante del Sistema sanitario. *Instituciones europeas, participación de la sociedad civil y sociedades, científicas y de usuarios* es el texto de Virginia Montañés e Iñaki Markez aborda estas cuestiones de la participación. También las primeras reflexiones sobre una política europea de drogas debatidas y aprobadas en el Parlamento Europeo, o la necesidad de consultar e involucrar a la sociedad civil que se han manifestado en diferentes documentos y declaraciones oficiales. No olvidan reseñar la importancia de las redes europeas relacionadas con el fenómeno de las drogas, o el amplio movimiento asociativo, asociaciones de personas usuarias de drogas ilegales, los grupos de autoayuda, asociaciones de personas usuarias de drogas ilegales y las asociaciones científicas y profesionales.

- César Pascual Fernández, en el capítulo sobre *Calidad y tratamientos de las adicciones*, señalando conceptos y su evolución en el ámbito sanitario y en lo relativo a los tratamientos de las drogodependencias, las dimensiones y atributos de la calidad asistencial en el tratamiento de las adicciones, las razones para implantar la gestión de la calidad en los tratamientos, los Modelos de gestión de la calidad o conocer herramientas para reducir la variabilidad en la práctica clínica.

Las drogodependencias, como problema de salud pública en nuestra sociedad, requiere mantener que la calidad asistencial sea considerada de modo continuado en el abordaje integral en el sistema de atención a la salud a través de las técnicas específicas y de la propia estrategia de políticas y planes en el campo de las adicciones. Cualquier organización sanitaria ha de estar preocupada por la calidad de los servicios que presta mejorando procesos y resultados, lo cual requiere conocer mejor las necesidades y su modo de satisfacción, la idoneidad del modelo de referencia y las expectativas de las personas afectadas. Una calidad, programada, evaluada y mejorada más allá de las ya lejanas recomendaciones de organismos internacionales como la OMS, el NIDA o la APA estadounidenses, que hoy por hoy puede apoyarse en guías clínicas, manuales de buenas prácticas o todo tipo de

iniciativas y recursos que mejoren la efectividad de los tratamientos y en el proceso de atención en su conjunto.

- En las páginas sobre *Ética y legislación en la intervención con drogodependientes* de Luis Fernando Barrios se abordan las perspectivas ética y jurídica de las adicciones. En un primer apartado se centra en la Bioética, parte especializada de la Ética general y pretende crear “un puente entre la medicina y la filosofía y la ética”. Utiliza el método principialista, que aun siendo objeto de críticas, ha sido el enfoque predominante en Bioética.

En una parte diferenciada aborda el enfoque jurídico, limitado a las normas internacionales sobre esta materia, el marco constitucional más relevante a efectos de adicciones y los aspectos más significativos penales y civiles, dejando al margen cuestiones sin duda relevantes, pero aquí y ahora inabarcables. Si se señalan alternativas al ingreso en prisión de personas con adicciones, la liberación anticipada, el indulto... o bien opciones en el ámbito civil como la incapacitación o el internamiento.

- Son numerosas las personalidades, colectivos e instituciones mundiales que abogan por despenalizar los consumos y se abre paso las políticas de reducción de daños. Por eso este texto sobre *Políticas alternativas ante el fenómeno de las drogas* redactado por Xabier Arana e Iñaki Markez, parte de evidencias basadas en la experiencia acumulada de los últimos años en políticas de drogas para, posteriormente, analizar la crisis de la actual política prohibicionista en materia de drogas y, también, proponer las bases para una política alternativa sobre este fenómeno social, desde el ámbito internacional hasta el local. La crisis de las políticas prohibicionistas, tras evaluar las consecuencias de la legislación de Naciones Unidas, la Unión Europea y en el ámbito del Estado español para desembocar en el ámbito autonómico y local en relación al consumo y los consumidores o unas bases para una propuesta alternativa en claves de normalización, con sus principios básicos, son cuestiones abordadas con sumo detalle. Disponemos de certezas claras y manifiestas que pueden ser de gran ayuda a la hora de reflexionar y aportar criterios que ayuden a sentar las bases de una política diferente a la actual.

En estos inicios del siglo XXI, de revolución tecnológica y de globalización, necesitamos caminar hacia nuevas formas de solidaridad mundial, superando discriminaciones y agravios comparativos entre colectivos humanos, rechazando los disfuncionamientos del sistema. Hemos de defender los derechos frente a los procesos de mercantilización: derecho a la salud, a la educación, a la alimentación, al empleo, al salario digno, a la vivienda, derecho a la seguridad medioambiental, etc.

Si la salud y el respeto a los derechos humanos han de ser prioridades de cualquier política sobre las drogas, tendremos que respetar la libre decisión de consumo como opción para muchas personas.

Se plantea el debate con la pretensión de poder identificar, argumentar y contrastar diferentes opciones, en una dirección claramente no prohibicionista, no represiva, despenalizadora, etc., y en todo caso elaborar recomendaciones que permitan avanzar hacia una progresiva evolución y transformación cultural que camine hacia una mayor racionalización del fenómeno de las drogas y no hacia una escalada de la ilegalidad, la marginalización y la criminalización, cuando no al deterioro del usuario o dependiente de drogas.

5.1.- Políticas de drogas y globalización.

Iñaki Markez y Fernando Pérez del Río

Globalización, exclusión y salud

En estos últimos años ha habido un repunte de la desigualdad y un claro declive del Estado de Bienestar en Europa que está teniendo, como a continuación veremos, diferentes consecuencias en la salud.

Un 20% de la humanidad vive acomodado en la opulencia, mientras el 50% dispone de menos de dos dólares diarios de renta *per capita* (1), siendo más de dos terceras partes de la humanidad quienes no se benefician de ese “nuevo modelo de crecimiento económico”. La UE tiene 20 millones de desempleados, 50 millones de pobres y 5 millones de personas sin hogar, porque solo una pequeña parte de la riqueza se redistribuye en la mayoría de la población. “Los datos espectaculares del Informe de la ONU de 1996, que tanta impresión causaron en algunos sectores de la opinión pública, y que revelaban que solo 358 personas acumulaban tanta riqueza como el 45% de la población mundial, quedaron superados en 1998 por una nueva información, según la cual sólo 225 personas tenían ya tanta riqueza como 2.500 millones, con el caso extremo de las tres grandes fortunas que eran superiores al P.I.B., de los 48 países más pobres que cuentan con 600 millones de habitantes” (2).

El tema no es baladí puesto que todos nos socializamos mediante el dinero y, sin embargo, el discurso neoliberal despolitiza aparentemente la economía y el mercado, presentándose como mero funcionamiento técnico y no como un problema político del que todos participamos. Quedan lejos aquellos objetivos prioritarios, legítimos y necesarios de la Organización Mundial de la Salud que fijara Alma Ata ya en 1978 “Salud para todos en el año 2000”.

Las desigualdades en todo lo referente a la salud siguen trayectorias crecientes sin un horizonte que permita vislumbrar cambios hacia la solidaridad y el progreso, en estos últimos años hemos visto como incluso se cuestiona la salud como derecho universal. La misma Organización Mundial de la Salud OMS, con objeto de afrontar esta situación, planteó la necesidad de un modelo de desarrollo de políticas sociales, para ello estableció como marco político el programa “Salud para

todos en el siglo XXI" (3), por ejemplo en su objetivo 12^a se señalaba: "*Reducir los daños producidos por el alcohol, las drogas y el tabaco*".

En buena lógica, el fenómeno de la globalización sigue siendo evidente en las drogas, en la oferta y en la demanda, en la producción, distribución y comercialización. Globalización como fenómeno económico con ingentes ingresos por comercio de estupefacientes (cocaína, heroína, marihuana, drogas de síntesis, etc.), miles de millones de dólares lavados en los siempre opulentos y paradójicamente prestigiosos paraísos fiscales. A modo de anécdota, hemos de decir que la expresión lavar dinero viene de la época de los gánsteres que utilizaron las lavanderías para "lavar dinero", puesto que las monedas que se introducían en las máquinas de lavado de ropa no se podían controlar de forma alguna. Este negocio ilegal es uno de los más rentables y donde los flujos de dinero consiguen estar en cuestión de segundos en fondos especulativos en las antípodas del planeta. Un comercio ilícito del que las cadenas bancarias dependen más que los drogodependientes de sus dosis, aportando el narcotráfico el 50% del capital especulativo (4). Pero también podemos hablar de la globalización de la epidemia, con sus trágicas consecuencias sobre muchos consumidores que quedan atrapados en la dependencia y, por consiguiente, sobre los entornos familiares y, en otro escalón, amplias franjas sociales quedan afectadas por la violencia y la delincuencia.

Sabemos que las drogas son usadas en un primer momento para la diversión y también como válvulas de escape, por eso no es de extrañar que la pobreza y la exclusión sean factores favorecedores y precipitantes del consumo de sustancias. ¿Es posible que a mayor desigualdad social corresponda un consumo mayor de drogas? En principio sabemos que EE.UU. sigue ostentando los primeros puestos en cuanto a consumo de drogas psicoactivas y, en el caso de Reino Unido, la prevalencia del consumo de cocaína entre adultos jóvenes fue la más alta en 2011, según el *Observatorio Europeo para las Drogas* (5). En este mismo informe podemos ver cómo en los países escandinavos más igualitarios hay muchos menos consumos.

En el informe *La descriminalización en la práctica de las políticas de drogas a través del mundo constituye una revolución silenciosa* (6), se sostiene que el grado de desigualdad en una sociedad tiene un impacto directo en los niveles de consumo de drogas. Y aunque países con alto nivel de cohesión social pero diferentes políticas sobre drogas, como son Holanda y Suecia, presenten bajas tasas de consumo, es una variable que merece ser estudiada en profundidad, puesto que, asimismo, el problema de las drogas estaría determinado por la variable desigualdad económica.

Según el *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020*, las acciones contra el consumo de alcohol tienen como consecuencia la mejora de la productividad, mejora de la salud, una rápida mejora en la igualdad económica y una mayor cohesión e inclusión social. Este plan reconoce que es importante el lugar donde se vive, y constata que las personas con desventajas sociales y que viven por ejemplo en barrios desfavorecidos tienen más “experiencias” del daño que produce el alcohol que las que no tienen desventajas. (. . .). El informe sostiene de forma contundente que no es posible tener un desarrollo social efectivo de mejora y aprendizaje humano, de salud y de capital social sin una política efectiva sobre el alcohol.

Hoy en día es nuestra responsabilidad como profesionales participar de la política, en el sentido de que ya sabemos con certeza los efectos negativos de la exclusión y de la desigualdad en los drogodependientes.

En el informe del año 2013 realizado por la Asociación Proyecto Hombre (7) se subraya el grave problema de la exclusión social del colectivo de los adictos: en 2013 se ha registrado una disminución del porcentaje de personas que disponían de una ocupación remunerada en el momento del ingreso en los diferentes programas de Proyecto Hombre. Esto podría ser un indicador del aumento del riesgo de exclusión social. De todas maneras, no hay que olvidar que las carencias formativas básicas siguen siendo el factor predominante entre las personas que acceden a los programas educativo-terapéuticos: tres de cada cuatro no habían acabado los estudios o tan sólo habían alcanzado una formación básica. Los datos obtenidos en este nuevo informe reflejan también un aumento de las personas que viven solas y de las que viven en su núcleo familiar de origen. Así, podemos afirmar que en 2013 no sólo han aumentado los factores asociados al riesgo de exclusión entre las personas atendidas en dicha organización, sino que éste se ha dado de manera más acusada entre las mujeres. Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, se debe considerar la necesidad de potenciar las actividades y servicios de formación y de orientación e inserción laboral.

Políticas sobre drogas

Encontramos diversas opciones en una política de drogas que las podemos resumir en:

a) *Prohibición total*, donde el uso es personal, y la posesión, cultivo y venta están considerados como un delito penal.

b) *Prohibición parcial*, con diversas variantes. A veces el cultivo, posesión y cultivo para uso personal son ilegales pero solo conllevan una multa nominal. Es lo que muchos definen como *despenalización*. Otra variante plantea que el cultivo, posesión y uso personal no son delitos aunque sí (quitar espacio) su consumo, venta o posesión en espacios públicos.

c) *Regulación*, mediante registros y licencias para los usuarios, permitiendo el uso controlado.

d) *Normalización* de las sustancias, con disponibilidad libre, donde una institución gubernamental regule la producción, distribución y venta como otros productos del mercado.

Las políticas impulsadas por los Estados en relación a las drogas han seguido a pies juntillas durante casi un siglo lo dictaminado por la Administración de los EE.UU. A pesar de importantes informes sobre algunas sustancias que contradicen la implantación de dichas legislaciones, sea como fuere, las políticas prohibicionistas fueron imponiéndose durante todo el siglo XX. Los ejemplos son variados: en 1937 la *Marijuana Tax Act* aprobada por el Congreso de los EE.UU, sin motivaciones científicas que la sustentaran, sino un entramado de causas económicas, sanitarias, morales que provocaron la ilegalización de cualquier uso, médico o recreativo, del cannabis. Años antes, en diciembre de 1914, la *Ley Harrison*, que decía reglamentar el registro, fabricación, tributación y uso de las sustancias, fue el precedente en apenas unas semanas de la *Ley Seca* para el vino y los licores. Anteriormente fue el opio. De manera paulatina, las cuatro grandes sustancias de uso recreativo (alcohol, opio, marihuana, cocaína) fueron “satanizadas” para posteriormente imponer leyes con el objeto de modificar las costumbres y así mejorar la sociedad.

En otro orden de cosas, un momento álgido se dio en la Convención Única de 1961, la ONU indicó que el objetivo era establecer *Un mundo libre de drogas en 25 años*. Han transcurrido más de 50 años desde aquella Convención firmada en Nueva York que continúa siendo el texto orientador de las políticas sobre drogas en muchos países del mundo. Esta cultura contra las drogas ha tenido su cara oculta: epidemias de enfermedades graves (sida, hepatitis), criminalización de los consumidores y de los campesinos productores de drogas, promoción de consumos inseguros, generación de conductas violentas, deterioro medioambiental son parte importante de las consecuencias de modelos y políticas prohibicionistas (8); otra consecuencia son los encarcelamientos, hay que recordar que el 27% de los presos en España está condenado por narcotráfico, (9) y, según la Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión (ESDIP), (10) el 33% está condena-

do por delitos contra la salud pública, incluyendo en estos últimos la elaboración, tráfico y venta pública de drogas. Otro dato de este informe es que un 30,5% de los internos ha estado alguna vez en tratamiento de drogodependencias en la prisión por lo que igualmente el sistema judicial notaría cierto alivio si se regularizase el consumo de *cannabis*.

La Convención de la ONU celebrada también en Nueva York en 1998, mantuvo idénticas orientaciones, “*Un mundo libre de drogas, podemos conseguirlo*” fue su lema para lograr la reducción de la oferta y la demanda de drogas ilícitas para el año 2008. Mucha retórica para mantenerse en el mismo discurso y en la misma cruzada decimonónica contra las drogas.

Pero en los últimos años podemos decir que, a la chita callando y por la puerta de atrás, muchos países han ido cambiando silenciosamente sus políticas, despenalizando consumos en algunos casos, también algunos Estados latinoamericanos y del Norte han regulado y legalizado algunas sustancias anteriormente prohibidas, y en otros, apostando de forma clara por el tratamiento y la inserción social de las personas con dependencia desde perspectivas psico-educativas, en vez de centrar sus esfuerzos en la persecución y condena, puesto que después de tantos años ha quedado claro que esa “guerra contra las drogas” no ha funcionado.

Recurriendo diligentemente a informes técnicos, según (11), entre 1976 y 1983, la despenalización tuvo poco o ningún efecto sobre los niveles de consumo.

Sin duda, la clave de bóveda para guiarnos en todo este debate es la política. En este sentido tenemos que detenernos y analizar las importantes variables en juego *-represión y consumo-*, en primer lugar, si tomamos como referente el reciente Informe del Observatorio Europeo para las Drogas y Toxicomanías de 2013, podemos evidenciar, y una vez más, que no existe una clara relación entre las medidas políticas prohibicionistas y el consumo. Por ejemplo en Holanda, donde es legal el cultivo, producción y venta al comercio minorista, podríamos pensar que el porcentaje de consumidores es mayor, pero no es así. El consumo de *cannabis* en ese país se sitúa en la media europea, mientras que en países como Francia, con políticas más restrictivas, los porcentajes de consumos son mucho más elevados. Este es un dato muy elocuente puesto que lo que se suele suponer en un primer momento es que la variable que atesora más relación con el consumo es la represión *vs* permisividad, como si estuvieran hechas de la misma pasta.

En el año 2010 encontramos otro punto de inflexión que a nuestro juicio fue determinante, el Estado de California planteó su famosa proposición 19, venía a decir que la tenencia de más de 28 gramos es un delito menor, más o menos como

aparcar mal el vehículo. Planteaba que cualquier individuo mayor de 21 años pudiera poseer, comprar y transportar hasta 28 gramos y además, cultivar 2,3 metros cuadrados de marihuana por persona. Esta votación tuvo mucha repercusión en los restantes Estados de EEUU y mantuvo en vilo a la opinión internacional y, aunque al final esta propuesta fue rechazada (44% *vs.* 56%), supuso un hito importante en este largo debate.

Pero a este supuesto fracaso en California le sucedió otros hechos muy simbólicos que tuvieron lugar casi de forma paralela y que supuso otra vuelta de tuerca, la regularización vino encerrada en aquel mismo año y siguientes, ni más ni menos que por algunos expresidentes de gobierno que pedían abiertamente y sin tapujos la legalización: Vicente Fox en México, César Gaviria y Ernesto Samper, ambos de Colombia, Manuel Zelaya de Honduras, Fernando Henrique Cardoso de Brasil y Felipe González de España (12). En Uruguay se tomaron medidas de legalización y normalización, y otros países sudamericanos mantienen similar debate en torno a aplicar iniciativas en la misma línea. Estas opiniones tuvieron como acicate la dramática situación de países como México, donde habían muerto entre 23.000 y 32.000 personas en los cuatro años anteriores a causa del narcotráfico (13). Ante esta situación en México, se acude a la socorrida frase: “la guerra contra las drogas causa más daño que las drogas mismas”.

En estos últimos años el ejemplo de la descriminalización es bien elocuente. La mayoría de los Estados de la Unión Europea se hallan en situación de despenalización de facto: Luxemburgo, Reino Unido y Portugal con debates parlamentarios sobre la despenalización y sentenciando el “principio de oportunidades”; Francia con el aún reciente debate político sobre la despenalización del consumo; Alemania, Austria, Bélgica, Holanda y Dinamarca, donde se han ido publicando directivas y líneas orientadoras hacia la despenalización del consumo, permitiendo incluso la producción siempre que sea para uso personal como es el caso belga, que aplica el lema “mejor prevenir que curar y mejor curar que perseguir”; España e Italia, donde está despenalizado el consumo si bien se mantiene la arbitrariedad a través de sanciones administrativas. En general se imponen diferentes medidas en cada país, de ahí deriva que finalmente atesoramos un mosaico de normativas de todo tipo, por ejemplo en España la Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana en su artículo 25, exponía que “el consumo en lugares, vías, establecimientos o transportes públicos, así como la tenencia ilícita, aunque no estuviera destinada al tráfico de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas [...] es constitutivo de una sanción administrativa grave”.

Las dudas están, por ejemplo, en la cantidad límite que se considera permitida para consumo propio. Pongámonos en el caso de que una persona posea varias plantas de marihuana en su casa, la pregunta que se debería hacer con diligencia es: ¿cuántas plantas puedo tener? El límite de esas cantidades será arbitrario, puesto que dependerá de factores personales y situacionales, llegando a ser un auténtico galimatías. En estos casos tendremos que recurrir a la jurisprudencia lo que, salvando las distancias, en clínica llamamos casuística. Así, la jurisprudencia nos dice por ejemplo que hasta 50 gramos de *cannabis* puede ser considerado consumo propio.

En el caso de que a una persona sea detenida en la calle por llevar *cannabis* para el consumo propio, intentando dar una puntada al desgarrón, debería demostrar que la cantidad incautada no es para traficar, por ejemplo presentando analíticas que demostraran que es consumidor, todo esto con el fin de que se le aplique una sanción administrativa y no más.

A modo de resumen, las leyes, de las que se espera saber claramente lo permitido y lo prohibido, están en esta materia muy lejos de ofrecer seguridad al ciudadano. Por un lado se reconoce que no se atenta contra la salud pública cuando se consume, ni contra el orden público cuando se hace privadamente, pero por otro lado no se puede tener el objeto del consumo fuera de los lugares privados. La única solución es producir en privado lo que se va a consumir en ese mismo espacio. Mientras no se reconozca la tenencia y el transporte para ese uso privado, o se prohíba todo, no habrá coherencia.

Volviendo al panorama internacional la nota discrepante la dan Suecia, Grecia y Finlandia, que en absoluto aplican la legislación de modo discriminatorizante. Los niveles de tolerancia pueden ser grandes o pequeños respecto al consumo o al comercio, pero en cualquier caso aún los textos socio-jurídicos distan de lo que se aplica en la práctica diaria.

Este proceso político de regularización está viviendo un momento especial en la actualidad en el sentido de que el Estado de Colorado, en EE.UU, ha empezado a vender *cannabis* para uso lúdico, y en breve se sumará Uruguay. Así que pronto tendremos ejemplos actuales de lo que ocurre cuando se permite el uso lúdico de la marihuana. Según Mario Vargas Llosa (14) “la libertad del individuo no puede significar el derecho de poder hacer solo cosas buenas y saludables, sino, también, cosas que no lo sean, a condición, claro está, de que esas cosas no dañen o perjudiquen a los demás”.

La reducción de daños y riesgos

En la Transición Democrática, el procedimiento indicado eran los tratamientos libres de drogas, pero pronto se observó que un número importante de toxicómanos no conseguía adaptarse a las exigencias de los tratamientos y rompía el contacto. El 54% no llegaba a iniciar el tratamiento: las personas de mayor gravedad en su dependencia eran las que no solían acudir a los centros (15). En los primeros años se considera que el programa tenía que cambiar al paciente sin hacer ningún esfuerzo extra a la hora de ajustarse a la realidad del usuario; se utilizan expresiones como “*café para todos*” o “*haz como si*”. Con el paso del tiempo, se observó que tales tratamientos no eran suficientes (16).

La consideración por la OMS de la drogodependencia como enfermedad crónica y recidivante produjo un incremento de la oferta asistencial con variados programas. Se empezó, pues, a dar importancia a los programas de reducción del daño, en los cuales por ejemplo se mantiene al paciente con agonistas opiáceos, diferenciándose de los programas libres de drogas. El objetivo, como su nombre indica, es la reducción del daño y no únicamente la abstinencia. Aparece en escena la *Harm Reduction*.

Tras casi un siglo de políticas internacionales centradas en la represión y en la prohibición de ciertas drogas, llegó el momento de promover una aproximación más humana, orientada socialmente y sobre todo más eficiente (17), donde el primer interés es proteger la salud de los usuarios y mejorar la realidad psicosocial.

A partir de 1990, los programas de disminución del daño de corte más asistencial —mantenimiento con metadona, intercambio de jeringuillas— comienzan a coexistir con los programas libres de drogas. Paralelamente, los planes se fueron adaptando a la realidad social, poniendo énfasis en lo laboral, en lo judicial y en la realización de planes individuales en el tratamiento. Los procesos comienzan a diseñarse de forma personalizada y se empieza a tener en cuenta la motivación del paciente y la etapa donde se encuentre, según las fases establecidas por Prochaska y DiClemente (18). También se comienza a estudiar y a reflexionar sobre la llamada “patología dual”, aunque desde hace ya mucho tiempo se citaba como “comorbilidad”. Posteriormente, también se pondría el acento en la disminución del riesgo, que no es lo mismo que la reducción del daño. La disminución del riesgo es un concepto más próximo a la prevención. Así, con objeto de prevenir accidentes, estos programas destinan sus esfuerzos, por ejemplo, a evitar que las personas usen un vehículo habiendo bebido o bajo los efectos de cualquier droga. Otro tipo de programas son los de ocio nocturno.

Como ya decíamos, al inicio de la Transición Democrática no existía ninguna red asistencial especializada en drogodependencias, por lo que se comprende fácilmente que el sistema sanitario del Estado se viera incapaz de tratar y absorber a un gran número de pacientes heroínómanos, puesto que no había ni centros ni mucho menos profesionales especializados, ya que en el pasado reciente podemos destacar el interés en estos temas de algunas asociaciones como la AEN o Soci-drogalcohol y poco más; en definitiva, el desconocimiento era grande. Ante esta situación, algunos de los primeros terapeutas decidieron ir al extranjero a formarse. Este fue un período de importante expansión en España de organizaciones como Proyecto Hombre, asociación tutorizada inicialmente por *Progetto Uomo* en Italia. Los modelos que en décadas anteriores habían hegemonizado el discurso oficial sobre las drogas y las drogodependencias poco a poco dejan de tener tanto peso, el médico-sanitarista y el jurídico, los primeros imponiendo su código hipocrático y recogiendo el viejo concepto de enfermedad para las adicciones y para ello prescribiendo otras sustancias -*Pharmakon*-, y los segundos judicializando al consumidor, prescribiendo leyes e imponiendo su código penal. Enfermos y delincuentes, ese era el objeto de intervención, pero los pretendidos resultados no se lograban y además se constataba que las conductas asociadas al uso de sustancias presentaban un amplio abanico que iba de lo placentero a lo problemático.

Como decíamos, el concepto de disminución de daños no comenzó a utilizarse con cierta amplitud hasta finales de los años ochenta como respuesta a las consecuencias de la infección por VIH en usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), y tras la valoración de las políticas de épocas anteriores, con una oferta terapéutica limitada, viéndose que no solo no había mejorado la cuestión de los consumos, los consumidores y las drogodependencias sino que exacerbaban el problema (17), sin tampoco acercar a los usuarios de drogas hacia las redes de atención sociosanitaria.

Estos usuarios eran atendidos desde una relación jerarquizada, excluyente del adicto como persona no competente (19). Ahora se pretende incorporar también la opinión de los afectados y responder a sus necesidades y no a prioridades de los profesionales, de los intereses de los políticos o cuestiones de estética social. Se trataba de disminuir la morbilidad y la mortalidad, prevenir las enfermedades infectocontagiosas, favorecer la accesibilidad a la red asistencial para drogodependencias y los dispositivos de salud y mejorar la calidad de vida. En definitiva, lo que se pretende es dar prioridad a aquellos objetivos que permitan disminuir los efectos contraproducentes del uso de drogas. Si se desea consumir drogas que sea con la mayor seguridad posible. La cuestión era ofrecer planteamientos más pragmáticos y menos sujetos a moralismos alejados de la realidad.

Newcombe (20), perteneciente al Consejo Consultivo sobre el Abuso de Drogas británico, expuso como estrategias: no compartir el instrumental de inyección, cambiar la vía de consumo de endovenosa a oral, reducir los consumos, o pretender la abstinencia, limpiar el equipo de inyección si se va a compartir, reducir el número de personas con quienes se comparte, cambiar de drogas ilegales a legales prescritas, etc.

Las conductas de riesgo por uso de drogas son valorables según dimensiones cualitativas (acceso, preparación, vía administración, lugar de consumo, cuidados posteriores, patrón de policonsumo,...) y dimensiones cuantitativas (dosis, frecuencia, potencia de la sustancia,...), de ahí que las actuaciones se fundamenten en orientar al consumidor hacia unas u otras medidas, con postulados más humanitarios, tolerantes. No olvidemos que esta estrategia, en tanto que reconoce el uso no dañino de sustancias, admite la posible bondad de las mismas, al menos ocasionalmente y para algunas personas (21). Si queremos medir la eficacia de los programas es necesario precisar qué daños o riesgos puede producir la sustancia y cuáles queremos reducir a través de estos.

Principios de una filosofía y su práctica

Es necesario señalar algunos principios que determinan la filosofía y la práctica de la reducción de daños y riesgos:

1.- Aceptación de que el consumo de sustancias psicoactivas es una característica común de la historia de la humanidad, *Canadian Centre on Substance Abuse* (22).

2.- La decisión libre de los usuarios de drogas de consumirlas ha de ser respetada y aceptada (22) reconociendo su responsabilidad, competencia y capacidad.

3.- La atención se desplaza del consumo de drogas hacia efectos y consecuencias determinadas por las formas de uso de las mismas (23,24).

4.- El consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno complejo y multidimensional, con una multiplicidad de conductas relacionadas con dicho consumo (22,23,24).

5.- El daño asociado al consumo de sustancias es considerado desde una perspectiva multidimensional (20) afectando al usuario de drogas, su red social próxima o el entorno social amplio, y produciendo daños sobre la salud así como daños sociales y económicos.

6.- Las desigualdades sociales así como múltiples formas de discriminación (racismo, sexismo, etc.) afectan a la vulnerabilidad de las personas y a su capacidad para disminuir los daños (25) y comportamientos más saludables.

7.- Favorecer la participación de los usuarios de drogas en el diseño de programas de actuación, reducir los daños asociados al consumo y también actuar como agentes de salud (24,25,26) debieran ser imprescindibles en cualquier política de reducción de riesgos y daños.

8.- La cooperación entre profesionales, gestores de las políticas de salud y personas afectadas favorece la implementación de respuestas adaptadas a la problemática sociosanitaria.

Los sectores pro-reducción de daños se esfuerzan en una mayor responsabilidad y democracia, abogan por la cooperación y el consenso más que por la confrontación. Desde los sectores prohibicionistas se opera sobre imágenes, misticismo, maternalismo, obteniendo cuantiosos fondos (27).

Hoy en día ningún profesional cuestiona estos programas de reducción de riesgos, son aplicables hacia cualquier tipo de sustancias, si bien en nuestro entorno europeo se han centrado fundamentalmente en la heroína y otros opiáceos, pues son sus consumidores quienes habitualmente demandaban ayuda en los diferentes centros de atención a las drogodependencias. Actualmente, con el crecimiento de consumos y consumidores de estimulantes, cocaína sobre todo, y de drogas de diseño, sin olvidar las repercusiones de todo tipo por consumos excesivos de bebidas alcohólicas, las intervenciones relacionadas con la reducción de daños y riesgos se van diversificando y creciendo en importancia.

En la mayoría de los países europeos y en esta década, los programas de mantenimiento con metadona (PMM) y también otros programas de reducción de riesgos han experimentado un gran desarrollo, inimaginable en décadas anteriores. Nos olvidamos que el SIDA no era el único daño asociado al consumo de drogas ilegales (28) y por ello los PMM se mantuvieron en una política de minimización de daños exclusivamente referidos a conductas de riesgo por el V.I.H. En los primeros años de los PMM, el temor a la pandemia de SIDA y el hecho de que estos programas fueran gestionados por quienes defendían los programas libre de drogas y la abstinencia como única opción duradera, han desvirtuado los objetivos iniciales para convertirse en meros dispensadores de una sustancia. Una acción, aunque tenga potencial real de ejercitar una función de disminución de riesgos, requiere de otras características (26).

Las estrategias de reducción de daños y riesgos se pueden definir como un conjunto de medidas socio-sanitarias, individuales o colectivas, que pretenden disminuir los efectos negativos (físicos, psíquicos o sociales) asociables al consumo de drogas, permitiendo no estigmatizar al usuario dependiente de drogas.

Consideraciones para el futuro

Cuando se produjo la epidemia de la heroína en España fueron la iniciativa privada y el asociacionismo quienes dieron respuesta al problema en un primer momento; corrían los finales de los 70 y la alarma social era importante. En aquellos años empezaron a inaugurar las primeras comunidades terapéuticas y la consecuencia de esa epidemia pronto tuvo su eco en el aumento de los delitos, en el incremento de los casos de SIDA. En la siguiente década el sistema se vio obligado a homologar y acreditar a este tipo de centros. Llegados los años 90 eran unas 120 las comunidades terapéuticas en España. Tras este esforzado inicio se evidenció la necesidad de aportar mayor rigor científico a las actuaciones con los drogodependientes, los programas de tratamiento permanecieron estables en cuanto al número pero no así los programas de metadona, que siguieron aumentando toda esa década de forma considerable.

Los programas de metadona, y años más tarde los programas con heroína, buprenorfina o LAAM, programas de contacto y centros de acogida, programas de intercambio de jeringuillas, otros programas socio-sanitarios o de sexo seguro, etc., son algunas modalidades de intervención de las estrategias de reducción de riesgos. Hace pocos años muchos profesionales de la salud que trabajaban en la atención de las drogodependencias rechazaban los planteamientos sustitutivos de heroína de la calle por fármacos agonistas opiáceos porque significaba cambiar una dependencia por otra. Hoy, a pesar de la tardanza y a pesar de existir aún resistencias, no hay duda de su necesaria implantación.

En la actualidad los desafíos son otros: el correcto trabajo en red, los derechos del usuario, la calidad, el cambio de perfiles, la epidemia de la cocaína, aparece el éxtasis; poco a poco se van desarrollando nuevos programas, sobre todo se desarrollan programas de adolescentes y familiares, o programas de madres con hijos, hoy, lo que caracteriza la red asistencial es una rica diversidad de servicios.

Para ofrecer una pincelada del presente nos vemos obligados a hablar de la crisis económica que se inició en 2007 y 2008 y cuya consecuencia, entre otras muchas, es que muchos centros de atención a los drogodependientes han tenido que cerrar sus puertas tras atesorar muchos años de experiencia y, por otro lado, también se pone un renovado interés en las dificultades sociales que padecen los adictos, los efectos de la crisis y la desigualdad nos ofrecen perfiles con más carencias sociales y educativas. Cualquiera entenderá que es mucho más difícil tratar a alguien de su adicción cuando está viviendo en la calle, y esta es una situación fre-

cuenta. Jean Baudrillard (29) sostiene que vivimos obsesionados con la perfección y, ciertamente, convendría asumir que este es un problema complejo, incluso que no tendrá una solución perfecta. “No hay un sistema óptimo de regulación para las drogas, solo hay sistemas más o menos flexibles.” (30).

Ahora, llegados a este punto, nos sentimos con la obligación de realizar recomendaciones. En primer lugar se debe poner el acento en educar. Los adolescentes que consumen drogas y cometen delitos pertenecen a familias caracterizadas por un clima familiar conflictivo, con una escasa comunicación y una utilización de pautas disciplinares erráticas (31,32). Siguen siendo convenientes las iniciativas relativas al análisis de pastillas en discotecas y fiestas populares, intervenciones con poblaciones de riesgo o a iniciativa de los propios usuarios de drogas.

El debate no está tanto en si el consumo de una sustancia debe ser legal o no, insistimos, sino en sus previos, se debe educar y prevenir, se debe trabajar con los padres para que tengan ideas claras, se debe saber cuándo tener firmeza y criterio, trabajar los límites, educar en valores. . . Sabemos que una disciplina familiar estricta se vincula a las conductas desviadas (33,34), lo mismo ocurre cuando se da ausencia de disciplina y normas laxas (35,36).

Desde otro ángulo, como bien señaló Burkhart (37), no ha calado en EE.UU. el concepto de reducción de daños en prevención. O también podemos hablar de Rusia, donde no se da metadona a los drogodependientes y como consecuencia está aumentando espectacularmente el VIH.

La mundialización liberal está generando amplias movilizaciones solidarias, sobre todo, en sectores jóvenes, los más afectados, de los países industrializados, como respuesta parcial a la imposición del mercado. Intervención ciudadana, participación social frente a las lógicas de los mercados financieros que impulsan la Organización Mundial del Comercio (OMC), el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial que limitan y subordinan el espacio público e incluso el estado nacional.

En estos inicios del siglo XXI, de revolución tecnológica y de globalización, es necesario caminar hacia nuevas formas de solidaridad mundial, superando discriminaciones y agravios comparativos entre colectivos humanos, rechazando los disfuncionamientos del sistema. Defensa de los derechos frente a los procesos de mercantilización: derecho a la salud, a la educación, a la alimentación, al empleo, al salario digno, a la vivienda, derecho a la seguridad medioambiental, etc. Si la salud y el respeto a los derechos humanos han de ser prioridades de cualquier política sobre las drogas, tendremos que aprender a respetar la libre decisión de consumo como opción vital para muchas personas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Moran A. Globalización económica. Precariedad, exclusión. ¿Adolescentes peligrosos o adolescentes en peligro? VI Jornadas Municipales de Drogodependencias. Mayo, 2001. Bilbao.
- 2- Tezanos J. La sociedad dividida. Estructuras de clases y desigualdades en las sociedades tecnológicas. Madrid: Biblioteca nueva, 2013.
- 3- OMS, Organización Mundial de la Salud. Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI. Edita: Mº de Sanidad y Consumo, Madrid, 1999.
- 4- Yaria JA. Las drogas y el fenómeno de la globalización. Rev. Española de Drogodependencias 1997; 24 (2): 97-101.
- 5- Observatorio Europeo para las drogas. Informe Anual 2011. El problema de la Drogodependencia en Europa. 2011. [Consultado en 2012] Disponible en <http://www.infocoponline.es/pdf/InformeEuropeoDrogodependencias.pdf>
- 6- Rosmarin A, y Eastwood N. A quiet revolution: Drug decriminalisation policies in practice across the globe. Release drug, the law y human rights UK, 2012.
- 7- Observatorio Proyecto Hombre. Informe 2013. Sobre el perfil de las personas con problemas de adicción en tratamiento. Proyecto Hombre, 2014.
- 8- Markez I. La ONU y el control de las drogas. Página Abierta 1998; 87:1-8 (Informe).
- 9- Álvarez J. “¿Y si la legalizamos?” Diario El Mundo. 2010, 21 de septiembre.
- 10- Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión (ESDIP). Madrid, 2006.
- 11- McCoun R y Reuter P. Evaluating alternative cannabis regimes The British Journal of Psychiatry. 1999; 78:123-128.
- 12- Verza M. “Hay que legalizar las drogas”, insiste Fox. La Gaceta. 31. 2010, 11 de agosto.
- 13- Villoro J. Vivir en México: un daño colateral. El País. 24. 2010, 29 de agosto.
- 14- Vargas Llosa M. “Avatares de la marihuana”. El País. 37. 2010, 7 de noviembre).
- 15- Marina P. ¿Qué nos han enseñado los estudios de seguimiento de toxicómanos? Adicciones. 1999; Vol 1, nº3, 237-241.
- 16- Pérez del Río F. Estudios sobre adicciones. Burgos: Diputación de Burgos. 2011.
- 17- O'Hare PA, Newcombe R, Matthews A, Buning EC, Drucker E. The reduction of drug-related harm. London, Routledge, 1992. Versión castellana: La reducción de los daños relacionados con las drogas. Edita Grup Igia. Barcelona, 1995.
- 18- Prochaska JO, Norcross JC y DiClemente CC. Changing for good. The revolutionary program that explains the six stages of change and teaches you how to free yourself from bad habits. New York: William Morrow and Company, 1994.
- 19- Trujols J, Salazar JI y Salazar I. Los usuarios de drogas como ciudadanos: los programas de reducción de daños. En: Becona, E., Rodríguez, A. Manual sobre Drogodependencias. Santiago, 1999.
- 20- Newcombe R. He Reduction of drug-related harm: A conceptual framework for teory, practice and research. En P.A. O'Hare et al.(eds). The reduction of drug-related harm. London: Routledge, 1992. Traducción castellana editada por Grup IGIA. Barcelona, 1995.
- 21- Markez I. y Póo M. Drogodependencias: Reducción de daños y riesgos. Edita: Observatorio Vasco de Drogodependencias. Vitoria-Gasteiz, 2000.

- 22- Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA). National Working Group on policy Harm reduction: Concepts and practice. A policy discussion paper. Ottawa, CCSA, 1996.
- 23- Marlatt GA. Reducción del daño: Principios y estrategias básicas. Presentado en V Encuentro Nac. Sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. Chiclana de la Frontera (Cádiz). Marzo, 1998.
- 24- Des Jarlais DC, Friedman SR y Ward TP. Harm Reduction: A public health response to the AIDS epidemic among injecting drug users. *Annu.Rev intravenous drug users: epidemiology and risk reduction*. AIDS, 1993; 1: 67-76. *Publ. Health*, 14: 413-450.
- 25- De Andrés M. Contando con la competencia de los usuarios de drogas. IX Jornadas Andaluzas de Drogodependencias, Jerez de la Frontera (Cádiz). Enero, 1998.
- 26- De Andrés M, Magrí N y Borrás T. Programas de Reducción de Riesgos. Grup IGIA. Barcelona: Mimeo, 1996.
- 27- Davis S. Ley Internacional ¿la solución final? En: O'Hare PA, Newcombe R et al. La reducción de daños relacionados con las drogas. Grup Igia Edit. Barcelona, 1995.
- 27- Mino A. Evolution of the politique de soins en matière de toxicomanie: la reduction de risques. Geneve, 1993.
- 28- Ferriol I y Quirante M. Aspectos conceptuales y clínicos de los programas de sustitutivos opiáceos. Dossier. Proyecto 1999; n°30: 27-42.
- 29- Baudrillard J. *Pantalla total*. Madrid; Anagrama, 2000.
- 30- Gamella, J y Jiménez M. Usuaris y usuarios expertos de cannabis en España: perfiles, motivaciones y patrones de consumo. *Proyecto*, 2004; 50, 27-41.
- 31- Huba GJ y Bentler PM. Test of drug use causal model using asymptotically distribution free methods. *Journal Drug Education*, 1983; 13, 3-14.
- 32- Simcha-Fagan O y Schwartz JE. Familial socialization and the transmission of antisocial behavior. Presentado en: *Fourth Biennial Meeting of the Society for Research on Adolescent*, 1992.
- 33- Kogan L. A family systems perspective on status offenders. *Journal of Juvenile and Family Courts*, 1980; 31, 12-23.
- 34- Wright LS. Parental permission to date and it's relation ship to drug use and suicidal thoughts among adolescents. *Adolescence*, 1982; 7, 409-419.
- 35- Goldstein HS. Parental composition, supervision and conduct problems in youths 12 to 17 years old. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1984; 23: 769-685.
- 36- Wilson J. Parental supervision: a neglected aspect of delinquency. *British Journal of Criminology*, 1990; 20, 203-235.
- 37- Burkhart G. Políticas europeas. Posibilidades y límites. IIº Congreso Virtual de Psiquiatría, 2001, *Interpsiquis* psiquiatria.com

5.2.- Instituciones europeas, participación de la sociedad civil y sociedades, científicas y de usuarios.

Virginia Montañés e Iñaki Markez

Las instituciones públicas en no pocas ocasiones tratan de involucrar al movimiento asociativo de la sociedad en el diseño y elaboración de sus políticas de salud, también en las políticas sobre drogas, buscando mayor efectividad, aceptación pública y reducción de conflictividad social.- Pero ¿de qué hablamos cuando hablamos de sociedad civil? Aunque no existe una definición consensuada, Kees Biekart (1) definía la sociedad civil, como la totalidad de instituciones sociales y asociaciones, tanto formales como informales, que no están relacionadas estrictamente con la producción, ni tiene carácter gubernamental o familiar. El autor relacionó el concepto de sociedad civil con el de ciudadanía, y afirma que la sociedad civil sólo puede analizarse en relación con el Estado: la sociedad como tal se hace civil al separarse y relacionarse implícitamente con el Estado. De tal manera sociedad se definiría como algo opuesto a autónomo y separado del Estado, y civil como algo que forma parte de un sistema político.

Otra definición más matizada la proporciona el Centro para la Sociedad Civil de la London School of Economics (2): “la sociedad civil se refiere al escenario de la acción colectiva no coaccionada alrededor de intereses, objetivos y valores compartidos. Sus formas institucionales son distintas de aquellas del Estado, la familia o el mercado, aunque en la práctica, las fronteras entre Estado, sociedad civil, familia y mercado son a menudo complejas, difusas y negociadas. La sociedad civil abarca una diversidad de espacios, actores y formas institucionales, que varían en su grado de formalidad, autonomía y poder. (...) Organizaciones como las fundaciones registradas, organizaciones no gubernamentales de desarrollo, grupos comunitarios, organizaciones de mujeres, organizaciones religiosas, asociaciones profesionales, sindicatos, grupos de auto-ayuda, movimientos sociales, asociaciones de empresarios, coaliciones y grupos de cabildeo”.

En el ámbito de la salud, la participación ciudadana se refiere al proceso mediante el cual el profesional de la salud y el paciente contribuyen en el proceso de toma de decisiones relacionadas con su salud o la enfermedad; ya sea en términos

de los estilos de vida, para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, en términos de elección de los tratamientos o bien para la redistribución de recursos, siendo este último campo el menos explorado y discutido (3). Este proceso parte del principio de que las personas tenemos la capacidad y voluntad de ejercer, en tanto sea posible, el control sobre lo que tiene que ver con nuestra salud. La relación paternalista entre los profesionales de la salud y los pacientes se acaba en el momento en el cual quien toma la decisión sobre lo que hay que hacer, de acuerdo con sus valores personales y su entorno, es el mismo paciente. Aun así, dado que la información y el conocimiento están en manos de los profesionales, este proceso aquí no es factible si no se acompaña de un cambio estructural importante del Sistema sanitario (4).

Desde que comenzaron en el Parlamento Europeo las primeras reflexiones sobre una política europea de drogas, la necesidad de consultar e involucrar a la sociedad civil se ha manifestado en diferentes documentos y declaraciones oficiales. La primera declaración al respecto data de 1986, y fue incluida en el informe de la Comisión Investigadora sobre el problema de las drogas en los Estados miembros de la Comunidad: “tendría que hacerse una continua revisión y discusión abierta (...) sobre la actitud y papel de la sociedad en lo referente a los adictos a las drogas y los efectos que las políticas de aplicación de la ley sobre los consumidores de drogas mismos” (5). Desafortunadamente, durante las últimas tres décadas ni el Consejo de la Unión Europea ni la Comisión Europea han puesto en práctica este compromiso. Se ha desviado la atención pública y parlamentaria de las consecuencias desastrosamente negativas de las actuales políticas, y nunca ha podido realizarse un debate sobre las lecciones que podrían extraerse de dichas consecuencias.

UE y sociedad civil: historia de un desencuentro hace una década

Ya en la Estrategia de la UE sobre las Drogas de 2000-2004 se señalaba: “El papel de los ciudadanos, incluidos los propios grupos de riesgo, es de vital importancia en la lucha contra las drogas. Las organizaciones no gubernamentales tienen una larga tradición de concienciar al público y educar a los jóvenes, así como de ayudar a los drogadictos y a sus familias, y de hacer frente a los daños causados. Adoptan a menudo una posición innovadora en cuanto al desarrollo de visiones y métodos aplicables a nuestro trabajo. Para garantizar la transparencia de la estrategia de la UE, también es necesaria la participación de los ciudadanos, ya que el desarrollo de

la política en materia de droga presupone un interés especial por un debate abierto, franco y crítico. La estrategia europea en materia de drogas se concebirá y llevará a cabo en estrecha cooperación con la sociedad civil. Se dará apoyo a las redes internacionales no gubernamentales y a actividades organizadas por las ciudades para hacer frente al problema de la droga” (6). El sexto de los 11 objetivos generales de dicha estrategia era “fomentar la cooperación entre las instancias competentes y la participación de la sociedad civil” (6).

En el año 2000 la Comisión organizó, en el marco de la preparación del Plan de Acción (2000-2004), junto con el Parlamento y el Consejo, la segunda Conferencia sobre Políticas de Estupefacientes en Europa. Entre los asistentes, se encontraban representantes de los 15 Estados miembros, el Parlamento Europeo, la Comisión Europea, el Comité de las Regiones, el Comité Económico y Social, el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT), Europol, países candidatos y PHARE, países asociados, organizaciones internacionales y ONG. Estas últimas con una presencia muy reducida, inferior al 10%.

Refiriéndose a la participación de la sociedad civil en la conferencia, la Comisión Europea declaró que “esta conferencia permitió un debate muy útil y constructivo y en el Plan de Acción se retuvo un gran número de ideas formuladas en esta ocasión” (7). No fue el caso de los “repetidos llamamientos a una revisión radical de la política de drogas, incluida la legalización, realizados por un número de ONG,” que “no recibieron mucho apoyo” (8). Entre las conclusiones de la Conferencia se menciona el papel crucial que tiene la sinergia con las ONG para el éxito, se recomienda que las políticas nacionales y europeas faciliten la cooperación e intercambio entre los actores, y que el papel de las redes sea revisado y fortalecido. Asimismo, se menciona que las ONG deben ser reconocidas como socios y estar en continuo diálogo con las instituciones comunitarias (8). Tuvieron que pasar cuatro años hasta que se volvió a organizar otra conferencia con participación de ONG, en la Cumbre sobre drogas de la UE, en Dublín, en mayo de 2004. La evaluación de este plan de acción se gestionó por un Grupo de dirección comprendido por representantes de la Comisión, los cuatro Estados miembros que tuvieron la Presidencia durante 2003-2004, el OEDT y Europol.

Como era de esperar, un año más tarde la situación no había mejorado sustancialmente. En mayo de 2004 se celebró en Dublín la Conferencia “Estrategia de la UE en materia de drogas - El Camino hacia delante” con el objetivo de dibujar las primeras líneas básicas sobre la nueva estrategia en materia de drogas de la UE y el Plan de Acción para el periodo 2005-2008. Alrededor de 200 delegados gu-

bernamentales¹ y tan solo tres representantes de ONG, asistieron a la conferencia. Aún así, la presentación de uno de los representantes de las ONG, que propuso un cambio fundamental en la lógica de la política de drogas, abriendo el espacio político y legal para políticas de drogas no basadas en la prohibición y la emisión de un vídeo con entrevistas a diferentes activistas y expertos pidiendo un cambio en las actuales políticas de drogas (9,10) desconcertaron a varios gobiernos, entre otros el belga y el italiano, que declararon estar “escandalizados” por lo que habían visto y oído, llegando incluso a cuestionar el derecho de las ONG a “interferir” en la discusión. Mientras tanto, varios delegados gubernamentales individuales expresaron su apoyo al “punto de vista de las ONG”, aunque siempre a título estrictamente “personal”. El resultado fue la exclusión de cualquier referencia a un diálogo con la sociedad civil en el informe de la Presidencia sobre las conclusiones de la conferencia, aunque propone tímidamente que habría que hacer “mejor uso de la información y experiencia en el nivel de las comunidades” (11).

Un nuevo intento de consulta con la sociedad civil surgió del Grupo Pompidou² en noviembre del año 2004, durante la 54ª reunión de los corresponsales permanentes del Grupo Pompidou, que incluía un debate sobre la implicación de la sociedad civil en la práctica diaria. Alrededor de 30 países enviaron delegados, mientras que la sociedad civil estuvo representada por tan sólo tres personas: una representante de una ONG local, una representante de una red nacional y un representante de una red europea.³ El objetivo del debate era examinar las posibilidades y problemas derivados de la relación entre las autoridades europeas y la sociedad civil que trabaja en el ámbito de las drogas. El ambiente de la discusión con los representantes de las ONG fue abierto. Durante el debate, la mayoría de los delegados mostraron su apoyo a la participación de la sociedad civil en el diálogo con las instituciones europeas, aunque algunos enfatizaron que el objetivo común debía ser un “mundo libre de drogas”, lo que excluiría a una buena parte de las organizaciones no gubernamentales que trabajan en el terreno.

El 15 de diciembre de 2004, el Parlamento Europeo aprobó una serie de recomendaciones hacia la futura política de drogas de la UE, conocidas como el “Informe Catania”. Este informe planteaba un cambio radical en la política de drogas

¹ Funcionarios de los 25 Estados Miembros de la UE, de países candidatos (Rumania, Bulgaria y Turquía), representantes de instituciones europeas (Comisión Europea, Europol, OEDT, Consejo) y observadores de otros países como Noruega y Estados Unidos.

² Grupo de trabajo del Consejo de Europa especializado en políticas de drogas.

³ Wima Harzan, de ONG local que trabaja sobre tratamientos; Fleur Woudstra, de NAD, red holandesa ciudadana de áreas urbanas afectadas por problemas de tráfico de drogas; y Joep Oomen, de ENCOD.

de la UE, y proponía un enfoque equilibrado y científico en lugar de mantener la prohibición de las drogas. También recomendaba “definir y reforzar de forma exponencial la participación e implicación de los drogodependientes y de los consumidores de sustancias ilícitas, de la sociedad civil, de las ONG, del voluntariado y de la opinión pública en la resolución de los problemas relacionados con la droga, en particular, mediante una mayor participación de las organizaciones que operan sobre el terreno en las actividades del Grupo Horizontal Droga” (12). Por primera vez, en un documento oficial de la Unión Europea, se estableció un mecanismo que permitía la participación de la sociedad civil en el proceso de evaluación de las políticas, recomendando “crear una línea presupuestaria específica con miras a facilitar un proceso permanente de consulta de las organizaciones pertinentes de la sociedad civil y de expertos profesionales independientes sobre la incidencia de las políticas sobre la droga al nivel de los ciudadanos” (12). Sin embargo, el Parlamento Europeo tuvo escasa influencia ejecutiva en el proceso de toma de decisiones sobre drogas dentro de la Unión Europea.

La nueva Estrategia de la UE sobre Drogas se refería a la necesidad de involucrar a la sociedad civil en diferentes partes del texto, aunque sin la referencia a su participación en la elaboración de los planes de acción, como mencionábamos anteriormente. Ya en los Planes de Acción de la UE en materia de lucha contra la droga de 2005 a 2012, a nivel de discurso, persistía en su intento por incluir la cooperación con la sociedad civil en el diseño e implementación de las políticas de drogas. Señalaba el objetivo de reforzar la participación de la sociedad civil en el área de cooperación. Establecieron que la Comisión publicara un Libro Verde sobre las formas de cooperar eficazmente con la sociedad civil y pide a los Estados miembros que brinden a la sociedad civil la oportunidad de expresar su opinión (13). Pero olvidaron incluir una línea presupuestaria para la consulta con la sociedad civil, como recomendaba el informe “Catania”, y tampoco menciona su participación en el proceso de evaluación de las políticas de drogas europeas, que será organizado por la Comisión Europea. Así pues, a pesar de los compromisos formales y declaraciones, las autoridades de la UE no han logrado establecer un mecanismo formal para fortalecer la cooperación con la sociedad civil en el ámbito de las políticas de drogas.

Redes europeas trabajando en el ámbito de las drogas

Existe una gran variedad de actores dentro de la sociedad civil activa en el ámbito de las drogas, en términos de los sectores que representan, los temas cubiertos

y sus diferencias ideológicas. Por otra parte, además de las redes formales trabajando a nivel europeo, se han ido creando una serie de redes informales difíciles de identificar. Entre las propuestas resultantes durante la Conferencia *Sociedad Civil y Drogas en Europa*, se propuso a la Comisión Europea (14) elaborar un estudio sobre las organizaciones que trabajaban en el ámbito de las drogas tanto a nivel nacional como europeo.

Sería imposible realizar en este texto un análisis minucioso de dichas organizaciones, por lo que nos limitaremos a esbozar las redes europeas relacionadas con el fenómeno de las drogas, sin incluir las redes nacionales ni regionales.

BASICS network.⁴ Red europea de proyectos entre iguales procedentes y que forman parte de las diferentes culturas de la fiesta, desarrollando estrategias de reducción de daños, gestión de riesgos y auto-empoderamiento relacionadas con la cultura de la fiesta, la sexualidad y el consumo de drogas. Los objetivos comunes son promover la toma de decisión individual y el conocimiento sobre las drogas y sus efectos; capacitar a la gente para gestionar su diversión y los riesgos asociados de manera apropiada, informada y adecuada con su concepción de la vida; promover la salud de la comunidad fomentando la participación de las personas que salen los fines de semana, consumidores o no, en las decisiones políticas; participar activamente dentro de la comunidad científica y contribuir a la diseminación de datos científicos; participar activamente en el desarrollo cultural de nuestras escenas. En España sus miembros son distintos grupos de Energy Control. Cuenta con financiación de la Comisión Europea.

Correlation.⁵ Red europea cuyo objetivo es mejorar el acceso a los servicios sociales y de salud por parte de personas marginadas y en situación de exclusión, muchas de las cuales consumen drogas y/o trabajan en la industria del sexo. Cuentan con un grupo de trabajo sobre políticas sociales y de promoción de la salud entre la población marginada. Entre sus 64 miembros se encuentran: institutos nacionales de salud, institutos de investigación, organizaciones de base, proveedores de servicios y organizaciones de usuarios de servicios. Tiene financiación de la Comisión Europea.

Democracy, Cities and Drugs (DC&D).⁶ Proyecto cofinanciado por la Comisión Europea para desarrollar una red de transferencia de conocimiento e información basada en una alianza entre 7 redes de organizaciones (ALIA, Basics network, Eu-

⁴ <http://www.basics-network.org>

⁵ <http://www.correlation-net.org>.

⁶ <http://www.democitydrug.org>

ro-TC, Integration Projects, Irefrea Italy, ITACA, T3E) y una de ciudades (EFUS) europeas. La red cuenta entre sus objetivos con promover respuestas locales y participativas sobre el tema de las drogas e iniciar o reforzar la implicación a nivel local de todos los actores implicados excepto los consumidores (representantes elegidos, actores del mundo de la prevención, la reducción de daños y el tratamiento, las fuerzas policiales, justicia, asociaciones de vecinos, dueños de clubes, etc.).

ECAD.⁷ Ciudades Europeas contra las drogas. Grupo de presión política, ubicado principalmente en Suecia, aunque cuenta entre sus miembros con ciudades de diferentes países de la Unión Europea, Rusia, Suiza y Turquía. Esta red promueve una “Europa libre de drogas”. Participó como ponente en la Conferencia “*Sociedad Civil y Drogas en Europa*” mencionada anteriormente. Durante su presentación, que tenía por título “Represión es más efectiva que legalización” declaró que “las pruebas indican que el intercambio de jeringuillas no es efectivo en la reducción de la epidemia de VIH/SIDA” y que el “cannabis es mucho más peligroso que la heroína...”.

ELISAD.⁸ Asociación europea de bibliotecas y servicios de información sobre alcohol y otras drogas. Su principal objetivo es facilitar el intercambio de ideas y experiencias y proporcionar documentación para mejorar el conocimiento, las habilidades y el rendimiento de aquellos que trabajan en el ámbito de las drogas. En 2014 Elisad dejó de existir y se ha unido con Bibliotecarios y especialistas en información sobre abuso de Sustancias, una asociación internacional para los que trabajan en las bibliotecas y centros de documentación sobre adicciones y abuso de sustancias.

ENCOD.⁹ Coalición europea por políticas de drogas justas y eficaces que nació en 1994 para la reforma en Europa de las políticas sobre drogas, llegó Es la sección europea de una Coalición Internacional de más de 500 organizaciones de todo el mundo firmantes del *Manifiesto por Políticas de Drogas Justas y Eficaces* (escrito en 1998). Llegó a ser una plataforma con 150 miembros que persiguen el fin de la guerra a las drogas. En España, agrupan organizaciones de consumidores de cannabis y de otras drogas, de trabajadores del área de la salud, investigadores, activistas de base y empresas. Su principal objetivo es conseguir más transparencia y democracia en el proceso de elaboración de las políticas de drogas. Otros objetivos de la coalición son: mejorar la comprensión en Europa de las causas y efectos de la producción, tráfico y consumo de drogas y de las políticas de control

⁷ <http://www.ecad.net>

⁸ <http://www.elisad.org/>

⁹ <http://www.encod.org>

de las mismas; contribuir a la elaboración de políticas de drogas justas y eficaces, que incluyan soluciones integrales a los problemas relacionados con las drogas y que tengan en cuenta, sobre todo, los intereses de los sectores más afectados por estos problemas; y coordinar actividades, promover diálogo y colaboración entre organizaciones.

ENDIPP.¹⁰ Red Europea sobre Prevención de Drogas e Infecciones en Prisión. Es una red multidisciplinar, cofinanciada por el programa de Salud Pública de la Comisión Europea, que trabaja en la prevención de las infecciones y las drogas en las prisiones. Cuenta con 65 miembros de los 25 países de la UE, que suman aproximadamente 7.500 profesionales trabajando en sus organismos nacionales, regionales e internacionales. Cooperar con la oficina regional de la OMS, el proyecto Salud en prisión de la OMS, el OEDT y el Grupo Pompidou. Entre sus miembros se encuentra las administraciones de prisiones, servicios sociales y de libertad condicional, ONG y universidades.

ERIT.¹¹ Federación de profesionales europeos que trabajan en el ámbito del abuso de drogas. Red heterogénea que cuenta con 11 miembros, algunos de los cuales son a su vez redes nacionales. Financiada por la Comisión Europea. Entre sus objetivos se encuentran defender la ética que considera a los “drogadictos” como ciudadanos de pleno derecho; desarrollar intercambios y cooperación entre profesionales europeos; Y reconocer a las instituciones y profesionales que trabajan en la prevención y cuidado de los “adictos” como socios en la elaboración e implementación de la política europea de drogas. En 2002 aprobaron la Declaración de Frankfurt, en la que afirman que “ERIT está convencida que la penalización del consumo lleva a la marginalización de los consumidores con el riesgo de acelerar su exclusión social, y demanda a los Estados modificar sus legislaciones y eliminar el uso de sustancias psicotrópicas del contexto represivo, ya que dificulta el acceso a la atención e impide el establecimiento de una adecuada prevención”.

ERNA.¹² Red Europea de la Cruz Roja y la Media Luna sobre SIDA y tuberculosis. Cuenta con 37 sociedades nacionales de Europa del Este, Central y Occidental. Su misión es “animar a la participación y contribuir a fortalecer la capacidad operativa de las sociedades nacionales para combatir el SIDA y la tuberculosis, así como otras enfermedades infecciosas, mediante el desarrollo gradual de actividades en las comunidades, particularmente en las áreas de prevención, cuidados, tratamiento,

¹⁰ <http://www.endipp.net>.

¹¹ <http://www.erit.org>

¹² <http://www.erna.sk>

control, reducción de daños, apoyo psicológico, apoyo legal, reducción del estigma y la discriminación, integración social y otras actividades en las comunidades orientadas a las personas más vulnerables.

EUROCARE.¹³ Consejo Europeo para la educación, la rehabilitación y la investigación sobre el alcohol. Cuenta con 55 miembros en diferentes países de Europa. En España, entre sus miembros se encuentran Socidrogalcohol, Fundación Vivir sin Drogas y la Asociación de Ex Alcohólicos Anónimos, entre otras. Con un enfoque basado en la abstinencia, su misión es promover la prevención y reducción de los daños causados por el alcohol, mediante, entre otras actividades, la presión política en la Unión Europea a favor de políticas sobre el alcohol basadas en evidencias, la publicación de informes y documentos, etc.

EFUS.¹⁴ Foro Europeo sobre Seguridad Urbana, registrada como ONG. Cuenta con más de 300 autoridades locales. Su objetivo es fortalecer las políticas de reducción del delito y promover el papel de las autoridades locales en las políticas nacionales y europeas. Entre sus condiciones para entrar en la red se encuentran que las políticas de seguridad local deben estar inscritas en un programa político más amplio de desarrollo social; se deben garantizar las condiciones necesarias a la activa participación de los ciudadanos en la formulación e implementación de las políticas locales de seguridad; y una consideración importante es el respeto de los derechos humanos en la puesta en marcha de las políticas de seguridad: no se deben favorecer las prácticas de exclusión, ni el aumento de las desigualdades o del sentimiento de injusticia.

Euro-TC.¹⁵ Federación de Centros Europeos de Tratamiento de la Adicción a las Drogas. Fundada en 1982, la federación cuenta con miembros de 7 países europeos, los cuales trabajan en el campo del tratamiento y prevención de las toxicomanías. Algunas secciones de Comunidades Terapéuticas y Proyecto Hombre se encuentran entre sus miembros en España. Entre sus objetivos se encuentra fomentar medidas orientadas a una reducción de la demanda de drogas, la mejora de la oferta en prevención y tratamiento, y la reintegración en la sociedad y en el mundo del trabajo.

13 <http://www.eurocare.org>

14 <http://www.urbansecurity.org>

15 <http://www.euro-tc.org>

International Drug Policy Consortium.¹⁶ Reducido grupo de ONG y redes profesionales constituido recientemente en el marco del programa sobre Políticas de Droga de la Beckley Foundation. Tienen como principio común los enfoques basados en evidencias que respeten los derechos humanos y la preocupación por la efectividad de las políticas de drogas. Cuenta con miembros de Europa y América del Norte (el grupo Igia entre ellos). Su principal objetivo es producir evidencias y análisis que ayuden a los políticos a elaborar y difundir políticas y programas eficaces y promover el debate, así como hacer recomendaciones específicas a los gobiernos nacionales y las agencias internacionales.

IREFREA.¹⁷ Red de profesionales fundada en 1988, con sede en distintos países, que trabaja en la prevención y la investigación sobre problemas de drogas y de otros tipos en la infancia y la adolescencia. La red está financiada por la Comisión Europea. Entre sus objetivos se encuentran la promoción de la prevención precoz; de la prevención primaria global e integrada; los estudios, intervenciones y enfoques sobre los problemas relacionados con las actividades recreativas de los adolescentes; los enfoques de reducción de daños que no excluyen otras intervenciones preventivas, y que están integrados en estrategias más globales que han demostrado su eficacia; y la evaluación y el análisis.

ITACA Europa.¹⁸ Red de profesionales orientada a promover colaboración y debate con una mentalidad abierta para desarrollar estrategias comunes, técnicas y buenas prácticas basadas en las evidencias y la protección a los derechos humanos. Entre sus miembros se encuentran políticos, científicos, médicos, sicoterapeutas, educadores y personas trabajando en el sistema legal/penal. Tiene delegaciones en Italia, España y Grecia.

3TE.¹⁹ Red europea de intercambio, exposición e investigación que ofrece capacitación a grupos de iguales e intercambio de conocimiento a profesionales que trabajan en el ámbito de la prevención de drogas y la reducción de daños. Tienen cobertura en 13 países de la UE y cuentan con financiación de la Comisión Europea.

EUFAS, European Federation of Addiction Societies, agrupa sociedades profesionales nacionales y europeas que trabajan en el campo de las adicciones, con el

¹⁶ <http://www.beckleyfoundation.org/policy/think.html>

¹⁷ <http://www.irefrea.org>

¹⁸ <http://www.itacaeurope.org>

¹⁹ <http://www.t3e-eu.org>

<http://www.inpud.net/>

objetivo de promover la educación, generar mayor conocimiento, mejorar la calidad de la formación y fomentar el intercambio interprofesional en contextos de asistencia e investigación multicultural. Trabaja con instituciones, sociedades científicas y organismos gubernamentales y supranacionales como la Comisión Europea. Pretende agrupar a sociedades que en el momento de su fundación en el año 2010 eran ya 25 organizaciones (15). Socidrogalcohol, fundada en 1969, es una de ellas.

INPUD, International Network of People who Use Drugs. La Red Internacional de Personas que Usan Drogas (INPUD) es un movimiento de personas que consumen drogas (en la actualidad o en el pasado) y apoyan la Declaración de Vancouver. La Declaración de Vancouver defiende que los derechos humanos de las personas que consumen drogas deben ser respetados y la puesta en marcha de medidas de reducción de daños para proteger la salud individual y pública. Se han mostrado favorables al final de la política de Guerra contra las drogas y prohibición. Reconocen mantener los esfuerzos ante la estigmatización, la exclusión social, la discriminación y la criminalización. Representantes de la red participan en organismos internacionales como las Naciones Unidas representando a las personas que consumen drogas.

Newip. Red de organizaciones no gubernamentales europeas basadas en la comunidad que actúan en el ámbito de la vida nocturna, con profesionales de la vida nocturna, autoridades y organismos locales y regionales, profesionales de tratamiento e investigadores científicos. La asociación NEWIP se basa en la alianza de Basics Network y la Plataforma Safer Nightlife, de la red Democracia, Ciudades y Drogas.

Si analizamos las actividades y objetivos de las redes identificadas, podemos concluir que la mayor parte de las mismas están involucradas en promover y/o ejecutar proyectos de reducción de daños, hacer presión política y/o hacer investigación sobre el fenómeno de las drogas. Entre el perfil de sus miembros, sobresale el de los profesionales, aunque hay redes que combinan consumidores de drogas y profesionales en su listado de socios (Basics-network, Correlation, Newip, INPUD y ENCOD). Hay redes formadas por autoridades locales, que hemos decidido incluir ya que se autodefinen como organización no gubernamental y su forma de trabajar es más parecida a la de otras organizaciones de la sociedad civil que a la de instituciones estatales. De las redes analizadas, sólo una (ECAD) aboga por políticas represivas; otras cuatro (IREFREA, Eurocare, EUFAS y Euro-TC) proponen la abstinencia como vía para solucionar los problemas derivados del consumo de drogas; también hay redes antiprohibicionistas (INPUD y ENCOD), y otras 7 promueven

políticas de drogas más tolerantes, efectivas y/o basadas en los derechos humanos (Correlation, ERIT, EFUS, ENCOD, International Drug Policy Consortium, INPUD y Newip).

Seis de estas redes (Correlation, ENDDIP, DCD, ELISAD, ITACA, ERIT y T3E) han constituido un nuevo cuerpo europeo con el nombre de “Alianza Europea sobre Práctica y Política de drogas”²⁰ con el objetivo de preparar una posición común hacia la Comisión Europea relacionada con el proceso de consulta, según lo anunciado por la Comisión durante la Conferencia “*Sociedad Civil y Drogas en Europa*”. La principal característica de esta red es su definición como red de profesionales, sin abrir el abanico de participantes a redes de consumidores o de otro tipo.

El diálogo sobre drogas entre la Comisión y la sociedad civil

Como hemos visto, las ONG y movimientos sociales que trabajan en el ámbito de las drogas son una valiosa fuente de información a la hora de analizar cuáles son los instrumentos más adecuados para aplicar la normativa europea en materia de drogas, y deberían convertirse en un punto de referencia para definir dichos instrumentos. Esto ya ocurre en otras áreas de las políticas europeas. Analizaremos cómo se articulan los cuerpos de consulta con la sociedad civil en algunas direcciones de la Comisión Europea, como la Dirección General de Sanidad y Protección de los Consumidores y la Dirección General de Desarrollo.

El Foro Europeo de la Salud²¹ es el mecanismo de información y de consulta a través del cual la sociedad civil puede participar en la elaboración, aplicación y determinación de las acciones prioritarias de la política sanitaria de la Comunidad Europea, coordinada por la Dirección General de Sanidad y Protección de los Consumidores. Pueden participar las asociaciones de pacientes, los profesionales sanitarios y otros agentes, tales como los proveedores de servicios de salud. El Foro está compuesto por el Foro Europeo de Política Sanitaria y el Foro abierto.

El Foro abierto es una plataforma para el intercambio de información general y para el debate que extiende el trabajo del Foro europeo sobre política sanitaria a un grupo más amplio de partes interesadas y cuenta con más de 300 participantes. El encuentro entre las organizaciones se realiza en reuniones estructuradas en sesiones plenarias y talleres, cuya organización está a cargo de una organización

²⁰ <http://www.eadpp.eu/>

²¹ http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/health_forum/health_forum_es.htm

no gubernamental, con la asistencia de un comité ejecutivo para cada grupo de trabajo.

La Comisión Europea financia la Alianza Europea pro Salud Pública (EPhA), una red de ONG y otras organizaciones no lucrativas locales, nacionales, europeas e internacionales, que tiene como principal objetivo “promover y proteger la salud de todos los pueblos que viven en Europa y permitir una mayor participación de los ciudadanos en la construcción de las políticas europeas que afectan a la salud”²².

ENCOD presentó una propuesta para estructurar el proceso de diálogo entre la Comisión Europea y la sociedad civil que fue elaborada teniendo en cuenta las presentaciones en las reuniones plenarias y las conclusiones de la Conferencia “*Sociedad Civil y Drogas en Europa*”, de la declaración de ENCOD presentada en dicha conferencia, el análisis de las otras estructuras de diálogo que hay en la Comisión y diversas opiniones sobre el tema (16). Y recordaba que la coordinación entre las organizaciones debería tocar 4 niveles:

1) Nivel político: la elaboración de modelos de política de drogas, dentro y fuera de los márgenes de la actual legislación, destinados a crear menos daño, sean consumidores o no; 2) Nivel práctico/técnico: coordinación entre iniciativas ciudadanas para la reducción de daños en Europa; 3) Nivel de investigación: mejora y comparte el conocimiento sobre la eficacia a largo plazo de programas de prevención / tratamiento en la reducción o la prevención de problemas relacionados con el consumo de drogas; 4) Nivel de información: establece un procedimiento permanente de consulta entre autoridades y organizaciones de la sociedad civil sobre el tema de drogas en Europa.

Las diferentes redes y organizaciones de la sociedad civil europea que trabajan en el ámbito de las drogas, tanto formales como informales, requieren ser identificadas. Para ello, la Comisión elaboraría y publicaría un estudio de las organizaciones que trabajan en este tema en Europa. La creación y fortalecimiento de las redes en el ámbito nacional, regional, europeo e internacional, se debiera acompañar del objetivo de facilitar la participación en el diálogo político del mayor número de organizaciones posible. También se debiera abrir la posibilidad de participar a organizaciones de la sociedad civil que no formen parte de ninguna red o con experiencia en algún ámbito de actuación concreto.

²² <http://www.eph.org>

Los grupos de autoayuda ante los trastornos adictivos

Definidos como de “ayuda mutua de un grupo de tipo educacional, apoyo, orientado al cambio, que aborda algún aspecto o condición problemática de la vida que comparten sus miembros” (17) donde las personas-pacientes reciben la crítica y el apoyo de sus iguales, revisan las consecuencias negativas en su salud debido a la adicción, promueven la abstinencia, intercambian consejos, y se autoexigen la asistencia al grupo. Nacieron allá por 1935 a través de la asociación Alcohólicos Anónimos, con la experiencia de los *12 pasos de AA* (admitimos que somos menos poderosos que el alcohol y nuestras vidas se han hecho inmanejables, confía que una fuerza superior puede restaurar nuestra salud, acepta ante Dios y otros seres humanos la naturaleza de nuestros errores, haz una lista de personas a quienes hemos dañado, ... (...)) intentaremos llevar este mensaje a los alcohólicos, y practicar estos principios en todos nuestros acontecimientos). Después desarrollaron *las 12 tradiciones de AA* (bienestar común, última autoridad es un dios que ama, desear parar de beber, autonomía de cada grupo, grupos autosuficientes, sin contribución externa, no profesional, sin opinión de asuntos externos, anonimato personal).

Este modelo de grupos de autoayuda se expandió, sobre todo en la segunda mitad del siglo pasado, e incluso llegó a plantearse como estrategia que pudiera llegar a alcanzar la propuesta de la OMS “Salud para todos en el año 2000”, con un enfoque más social de la salud, y yendo más allá de la adicción alcohólica: Alcohólicos Anónimos (AA), Grupos de familiares de Al-Anon, Narcóticos Anónimos, Dependientes Anónimos, Sobrecomedores Anónimos, Cocaína Anónimos, Jugadores Anónimos, Asociaciones de Juego Patológico, Adictos al Sexo Anónimos, Nicotina Anónimos, Deudores Anónimos, Women for Sobriety, Moderation Management, etc. Alcohol y otras sustancias o comportamientos, dependientes o sus familiares han venido siendo el objetivo de estos grupos.

La evaluación de su eficacia y efectividad ha sido muy escasa y difícil. En ocasiones porque los grupos de autoayuda no se han presentado como recursos terapéuticos sino reuniones de encuentros entre personas con un problema común (18,19), o porque se comparaban de modo limitado frente a modelos cognitivo-conductuales o eclécticos (20). Si hay trabajos de intervención profesional introduciendo elementos cognitivo-conductuales en sus programas y mejoran los resultados basados en los 12 pasos que favorecen la asistencia a grupos de autoayuda (21), mejora la adherencia al tratamiento y ofrecen mejor evolución y menor tasa de recaídas (22), o la participación en grupos de autoayuda favorece la prolonga-

ción en los tratamientos psicológicos o con psicofármacos (23), o la notoria mejoría si está presente un terapeuta (24) o el rechazo hacia los tratamientos sanitarios (25).

Los estudios, en general pecan en su metodología por la falta de aleatorización sin grupos control (26), o se critica el modelo de “12 pasos” por no ser científico y solo basarse en la experiencia (27), por no hablar del escaso rigor metodológico en las investigaciones donde se comparan modelos con población adicta a drogas ilegales.

En el campo de las drogas, los grupos de autoayuda se han centrado en aspectos asistenciales o preventivos de la atención a la salud (sexo seguro, prevención de recaídas, jeringuillas desechables, inyección con menos riesgo, etc.) y constituidos por miembros ex-adictos o usuarios activos. Su modelo tuvo gran difusión, con la incorporación de corrientes conductistas y el desarrollo de los grupos de prevención de recaídas.

Están por otro lado, los grupos de interés, que aparecen en los Países Bajos a partir de los años 70 y apoyados en el movimiento de las Junkiebond —grupos de usuarios organizados con objetivos políticos— frente a la represión policial, el estigma social, la modificación de la legislación sobre las drogas, así como la mejora de la calidad de los programas y servicios sanitarios y sociales destinados a los usuarios (28). Constituidos por usuarios de drogas, profesionales y voluntariado, en la realidad práctica hay una gran coincidencia entre unos y otros.

Asociaciones de personas usuarias de drogas ilegales

Aquella experiencia en Amsterdam, y luego expandida por Holanda, del MDHG (Medisch-sociale Dienst Heroïne Gebruikers), servicio médico-social para usuarios de heroína, hace más de treinta años, preocupado por la legalización de las drogas y, mientras dicho objetivo no se lograra, obtener recursos y cuidados médicos y sociales así como preocuparse de todo tipo de intereses de las personas usuarias y ser su voz en un entorno social cada vez más hostil, el movimiento asociativo ha tenido muchos avatares. Hoy las organizaciones de personas consumidoras de drogas prohibidas pueden aportar discurso y experiencias en los foros profesionales e institucionales; tienen experiencia en ofrecer espacio a los grupos más vulnerables y en gestionar modelos alternativos en las políticas de drogas orientadas a la reducción de daños y riesgos; aportan información fidedigna de los ámbitos donde se consumen sustancias y son un buen recurso para señalar las contradicciones de

las políticas seguidas en las últimas décadas; además muestran su disposición a la participación y consulta, a ser de utilidad social en definitiva (29). Pero a pesar de ser tan interesante la existencia de organizaciones de usuarios de drogas ilegales (distintas del cannabis) ha sido un fenómeno nuevo su organización, teniendo sus inicios en Europa a principios de los años 90, sobre todo con proyectos ligados a la disminución de daños y riesgos entre las personas usuarias de drogas por vía intravenosa. Con ideas de educación para la salud mediante cambios en los comportamientos con las sustancias, sobre todo ante la amenaza del VIH, y con aportaciones hacia otras ONGs, equipos de salud pública y equipos de investigación con su conocimiento de los escenarios de la droga (29), colaborando en la mejora de las sustancias y criticando aquellas ideas o modos de tratamiento que repercutían en los usuarios. . .

Aunque son escasas las agrupaciones de personas usuarias, hemos encontrado algunas, siendo muy desigual los grados de organización entre unos y otros territorios, con mayor desarrollo en Catalunya y Andalucía:

ASUT (asociación "somos útiles") creada en Barcelona en 1997 a partir del encuentro de varias personas en el centro de noche de Cruz Roja de Barcelona, con actividades de limpieza de jeringas en los barrios así como labor de sensibilización y educación sanitaria, prevención de enfermedades asociadas al consumo, difusión de las opiniones de los consumidores o promoción del asociacionismo y colaboración con otras asociaciones de diferentes localidades: ASUR (Reus), AUMMO (Granollers, ASAUPA'M (Santa Coloma), etc.; el Grupo Meta-morfosis, de usuarios y ex-usuarios de Catalunya en tratamiento con metadona que editaron la revista con igual nombre, que aportaba información sobre las enfermedades asociadas, direcciones de interés, la reducción de daños, etc. Además de actividades reivindicativas y de sensibilización; AUMMO (asociación de usuarios en mantenimiento de metadona organizados), con miembros integrados en programas de metadona y abierta a otros de que están en otros programas así como a profesionales de las drogodependencias. El desarrollo de programas de reducción de daños, la participación en actividades comunitarias, la sensibilización y la defensa de la relación horizontal entre profesionales y usuarios son su práctica; AUPA'M, agrupación de usuarios/as y profesionales del autobús de metadona; y otras pequeñas organizaciones.

Algunas Asociaciones de Pacientes Dependientes de Opiáceos (APDO), AUMMO y el Colectivo La Calle, con el apoyo de las Federaciones de Drogodependencia FAUDAS, ENLACE y Liberación celebran Encuentros de Pacientes, Familiares, Técnicos y Técnicas en torno a la Dependencia de Opiáceos con el objetivo de

realizar una seria reflexión sobre los servicios, los tratamientos, las políticas, los recursos de atención, etc. enmarcadas en los Programas de Reducción de Daños, desde perspectivas multidisciplinarias para así poder sugerir directrices de mejora, que necesitan las redes sociales y sanitarias de atención a las drogodependencias. No obstante, entre los colectivos de usuarios de drogas ilegalizadas, con la salvedad de los usuarios de cannabis, ha sido muy difícil lograr cotas importantes y estables de organización, lo que ha favorecido la consideración marginal que se da a estas poblaciones y sus tratamientos, que se dispensan con demasiada frecuencia en centros emplazados fuera del circuito normalizado de la atención sanitaria pública, lo que les lleva a afirmar que son pacientes de segunda clase para el Sistema Nacional de Salud.

Asociaciones científicas y profesionales

Las sociedades científicas se presentan en sociedad y ante los profesionales a quienes desean acceder para ofrecer líneas de investigación, coordinación y optimización de recursos, facilitando guías consensuadas de tratamiento basadas en la evidencia o en pruebas, difundiendo información actualizada y experiencias científicas, ofreciendo herramientas de utilidad en el afrontamiento de algunas de las consecuencias del uso de sustancias en la asistencia, prevención, rehabilitación o promoción de la salud. Las sociedades que actúan en el campo de las adicciones pretenden ser referentes ante los profesionales. Para ello intentan visibilizar su presencia a través de la organización de eventos, la publicación de trabajos científicos y la presencia en internet.

- Eventos de divulgación y proyección del conocimiento, a través de jornadas, congresos, talleres, simposios, conferencias, etc., como recursos de encuentro y formación de los profesionales del área de las adicciones.

- Publicaciones científicas mediante revistas, boletines, separatas, libros, notas de prensa y todo ello en red o en prensa, con progresivo crecimiento del uso de las redes sociales.

- Precisamente la presencia de Internet, o mejor los productos de las sociedades científicas en la esfera pública y profesional a través de Internet. Las páginas web o la existencia de todo tipo de publicaciones en “la red” dan categoría y calidad a toda organización científica que se precie.

Nos encontramos con sociedades científicas, de profesionales de las ciencias de la salud, que específicamente intervienen en estas áreas de las adicciones: So-

cidrogalcohol, la Sociedad Española de Toxicomanías (SET), Sociedad Española de Patología Dual (SEPD), Sociedad Española de Investigación de los Cannabinoides (SEIC), (...), Instituto Deusto de Drogodependencias (IDD), Asociación andaluza de profesionales en drogodependencias (APRODA), Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), Grup Igia, Fundación Instituto Spiral, etc. Otras organizaciones científicas que intervienen en el campo de la salud mental y la toxicología cuentan con secciones, grupos de trabajo y actividades específicas relativas a las adicciones. Entre ellas destacan por el número de profesionales asociados y por sus iniciativas la Asociación Española de Neuropsiquiatría/Profesionales de Salud mental (AEN), la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) y de Psiquiatría Biológica (SEPB),... Además de multitud de ONG así como recursos y fundaciones sin ánimo de lucro, privados y públicos: DIANOVA, CITA, CREFAT, Drogas y Cerebro, Edex, Ekimen, Energy Control, Proyecto Hombre, DeTOX, Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), además de federaciones y agrupaciones de asociaciones, en ocasiones con una importante presencia social, que van logrando tener recursos profesionales; es el caso de UNAD (Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente), la Federación Enlace de Andalucía, y otras. El mundo corporativo está, de nuevo, adentrándose en este campo, con mayor participación de profesionales no clínicos.

Pero tras años bajo el paternalismo autoritario médico y científico, con el apoyo de un sistema sanitario centrado en el paciente, ahora tendríamos que abrirnos hacia un sistema más democrático en su gestión, la financiación, la planificación y la investigación (4). ¿Seremos capaces de afrontar el cambio y la ruptura que pueda producirse? Si, con la organización adecuada.

En un contexto como el actual, en el que nos enfrentamos a un cambio de paradigma en la política internacional de drogas, resulta clave desarrollar canales de participación reales y efectivos en los que las organizaciones de la sociedad civil y, sobre todo, las personas afectadas por las políticas, puedan participar en condiciones de igualdad y respeto aportando su experiencia y conocimiento de la situación sobre el terreno. Sin esta participación, se corre el riesgo de que el nuevo paradigma que está naciendo cometa los mismos errores que el anterior: dejar fuera a los verdaderos protagonistas del cambio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Biekart, Kees. *The Politics of Civil Society Building*, Amsterdam: International Books/Transnational Institute, 1999.

2. London School of Economics. What is Civil Society?. London, 2004. http://www.lse.ac.uk/collections/CCS/what_is_civil_society.htm
3. Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M. Clinical Decision-Making: Predictors of patient participation in nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 2008; vol. 17, núm. 21: 2.944-2.953.
4. Muntaner C, Juandó C. Participación ciudadana: entre la retórica social liberal y la democracia sanitaria integral. *Viento Sur*. 2014; 7-8-2014.
5. Stewart-Clark, Sir Jack. Committee of Inquiry into the Drugs Problem in the Member States of the Community: report on the results of the enquiry / rapporteur. 1986.
6. Consejo Europeo U.E. Estrategia europea en materia de lucha contra la droga (2000-2004), 12555/3/99 CORDROGUE 64 REV 3. 1999.
7. Comisión Europea. Comunicación al Parlamento Europeo y al Consejo relativa a la coordinación en materia de drogas en la Unión Europea, COM (2003) 681 final. 12/11/2003.
8. Comisión Europea. Flash Report. 2nd. Interinstitutional Conference on Drug Policies in Europe, 28-29 de febrero de 2000. http://europa.eu.int/comm/justice_home/doc_centre/drugs/studies/doc/flash_report_2000_en.pdf
9. ENCOD. Una oportunidad para Europa. El camino hacia políticas de drogas justas y eficaces. Declaración del Consejo de ONG Europeas sobre Políticas de Drogas a la conferencia de la UE sobre una estrategia sobre las drogas, 2004. <http://www.encoded.org/dublins.htm>
10. ENCOD. El duro camino hacia otra política de drogas. Informe de ENCOD sobre la Conferencia de la UE sobre una nueva estrategia sobre las drogas, 2004. <http://www.encoded.org/informedublin.htm>
11. Consejo Europeo. Estrategia europea en materia de lucha contra la droga (2005-2012), 15074/04 CORDROGUE 77 SAN 187 ENFOPOL 178 RELEX 564. 2004.
12. Parlamento Europeo. Recomendaciones del Parlamento Europeo destinada al Consejo y al Consejo Europeo sobre la estrategia europea en materia de lucha contra la droga (2005-2012) (2004/2221(INI)), Bruselas: Parlamento Europeo, P6_TA (2004)0101.
13. Consejo Europeo. "Plan de Acción de la UE en materia de lucha contra la droga (2005-2008) (2005/C168/01)", *Diario Oficial*, C168, 8-7-2005.
14. Comisión Europea. European civil society and drugs. Conclusions. 2006. http://www.europa.eu.int/comm/justice_home/news/information_dossiers/drugs_conference_06/doc/conclusions_group_3_en.pdf
15. Gual A. Sociedades profesionales de adicciones en Europa. En: Bobes J, Casas M, Gutiérrez M: *Manual de Trastornos Adictivos*. Enfoque Editorial 2011.
16. ENCOD. Declaración de ENCOD para la conferencia "La sociedad civil y las drogas en Europa" organizada por la Comisión Europea, Bruselas, 26 / 27 enero 2006, <http://www.encoded.org/EC-STATEMENTS.pdf>
17. Kurtz LF. Self help and support groups: A handbook for practitioners. Thousand Oaks: Sage Publications, 1997.
18. Carroll KM, Schottenfeld R. Nonpharmacologic approaches to substance abuse treatment. *Med Clin North Am* 1997; 81: 927-944.
19. Chappel JN, Dupont RL. Twelve-step and mutual help programs for addictive disorders. *Addict Dis* 1999; 22: 425-446.

20. Donovan DM. Efficacy and effectiveness: complementary findings from two multisite trials evaluating outcomes of alcohol treatments differing in theoretical orientations. *Alcohol Clin Exp Res* 1999; 23: 564-572.
21. Humphreys K, Huebsch PD, Finney JW, Moos RH. A comparative evaluation of substance abuse treatment: V. Substance abuse treatment can enhance the effectiveness of self-help groups. *Alcohol Clin Exp Res* 1999; 23: 558-563.
22. Ouimette PC, Moos RH, Finney JW. Influence of outpatient treatment and 12-step group involvement on one-year substance abuse treatment outcomes. *J Stud Alcohol* 1998; 59: 513-522.
23. Etheridge RM, Craddock SG, Hubbard RL, Rounds-Bryant JL. The relationship of counselling and self-help participation to patient outcomes in DATOS. *Drug Alcohol Depend* 1999; 57: 99-112.
24. Hieber-Murphy D, Richert MM. A parenting group for women dealing with child sexual abuse. *Int J Group Psychotherapy* 2000; 50: 397-405.
25. Santo-Domingo J. Consenso de la SEP sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras dependencias. Madrid: Aula Médica Ediciones, 2000.
26. Marlatt GA. From hindsight to foresight: A commentary on Project MATCH. E. Tucker JA, Donovan DM, Marlatt GA, eds. *Changing addictive behaviour: moving beyond therapy assisted change*. New York: Guilford Press, 1999.
27. Martínez Raga J, Haro Cortés G. Los grupos de autoayuda en el tratamiento de los trastornos por consumo de alcohol y otros trastornos adictivos. En: Bobes J, Casas M, Gutiérrez M: *Manual de evaluación y tratamiento de Drogodependencias*. Barcelona: Ars Medica, 2003.
28. Borrás T, Carbonell J, de Andrés M et al. *Asociaciones de usuarios de drogas y grupos afines*. Madrid: Ed. Fundación CREFAT, 2000.
29. Montañés V, Oomen J. *Usos de drogas y participación democrática*. Viceconsejería de Asuntos Sociales. Sº de Publicaciones de Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz, 2009.

5.3.- Calidad y tratamientos de las adicciones.

César Pascual Fernández

El término «calidad» no es fácil de definir, incluso en un lenguaje corriente. A la hora de definir la calidad, las dificultades se agravan cuando se transporta esta idea al mundo sanitario, ya que en éste el producto final, la salud, es un término más abstracto y difícil de precisar.

El diccionario de la Real Academia Española define la calidad como “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie. Superioridad o excelencia”.

Desde la perspectiva de la medicina basada en la evidencia mejorar la calidad de la atención sanitaria significa reducir la variabilidad innecesaria en la atención a los pacientes (1). Si bien la toma de decisiones clínicas, tanto en lo que respecta al diagnóstico como a la terapéutica más adecuada, supone un alto grado de incertidumbre, no siempre está justificada la variabilidad ante situaciones similares en cuanto a las características del paciente, del trastorno y las características del entorno ambiental y sociocultural en el que se produce.

Es decir, podemos concluir que una asistencia de calidad vendrá dada al garantizar una calidad en la aplicación del tratamiento técnico en unas condiciones de organización óptimas, con unas relaciones interpersonales agradables.

1. Evolución del concepto calidad

La calidad no siempre ha sido interpretada por igual. En la evolución de la calidad se pueden identificar una serie de etapas:

- En sus orígenes la calidad estuvo basada en la inspección de la producción en lo que podemos denominar etapa artesanal (hacer bien las cosas).
- Posteriormente en plena revolución industrial la calidad se identifica con producción.
- En el Japón de la postguerra se introduce el concepto control de calidad por Deming y Juran. Este es un periodo centrado en el control (anterior a los años 50) en el cual la calidad se entiende como conformidad de un producto a las especificaciones técnicas que debe reunir.

- Más adelante nos adentramos en la tapa de aseguramiento de la calidad (años 60 a 70) donde la calidad es sinónimo de aptitud de un producto para su uso.
- A partir de los 80 y fundamentalmente los 90 se incorpora el concepto de calidad total donde la calidad no es un fin en sí misma, sino un método de gestión. La calidad debe centrarse en el producto y se convierte en una exigencia de la organización. Los principios en los que se asienta la calidad total son:
 - Satisfacción: La calidad la determina el ciudadano
 - Excelencia: Satisfacción del ciudadano a la primera. Cero defectos
 - Participación de los profesionales e integración del usuario del servicio
 - Prevención del error antes de que llegue al ciudadano. La calidad comienza en el diseño del servicio.
 - Eficiencia en la utilización de los recursos públicos.
 - Transparencia en el uso de los servicios públicos y en las responsabilidades de los gestores y empleados.

2. Calidad en el ámbito sanitario y de los tratamientos de las adicciones

La Organización Mundial de la Salud define la calidad asistencial de la siguiente forma: Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, protectoras y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa, y destina los recursos necesarios (humanos y de otros tipos) a estas necesidades de manera oportuna y tan efectiva como el resultado actual del conocimiento lo permite.

Pero en realidad la calidad asistencial es un constructo multidimensional del que existen numerosas definiciones. Así para Avedis Donabedian (2), la calidad de la asistencia sanitaria es “el nivel de utilización de los medios más adecuados para conseguir las mayores mejoras en la salud”.

Para la JCAHO, Joint Comission (3) es el grado del servicio de atención al paciente que aumenta las probabilidades de obtener resultados deseados por el paciente y reduce las probabilidades de resultados adversos, dado el estado de conocimiento.

Según la OTA (Office of Technology Assessment) ya en 1988 señalaba que la calidad asistencial es el nivel del proceso de atención que aumenta la probabilidad de resultados deseados por el enfermo y reduce la probabilidad de efectos adversos dado el estado de conocimiento técnico. Es decir, reducir la relación riesgo/

beneficio de cualquier actividad médica. Hacer las cosas correctamente y hacer lo correcto. Para ello se han propuesto modelos y herramientas, uno de los modelos más utilizados es el círculo de PDSA.

La calidad puede determinarse desde perspectivas diferentes:

= Calidad necesaria: aquello que el cliente necesita y espera, aunque en ocasiones no sepa o pueda expresarlo con claridad.

= Calidad programada: trata de ajustar lo que el cliente necesita y quiere con lo que la entidad puede ofrecerle.

= Calidad realizada: aquello que se consigue en la prestación del servicio. Las definiciones anteriores determinan el concepto de calidad aplicable en el ámbito de las drogodependencias pero hay que considerar distintos puntos de vista:

- de los profesionales que aportan una perspectiva individual de la calidad en su práctica clínica, procurando siempre hacer lo correcto de la forma más correcta.
- de los pacientes que aportan una perspectiva individual, al exigir tanto competencia técnica como accesibilidad en términos equitativos y comprensión.
- de las administraciones y las organizaciones sanitarias que tienen una perspectiva comunitaria, donde lo que prima es lograr el mayor equilibrio entre el rendimiento técnico, la satisfacción de los pacientes y el coste económico dentro de un escenario financiero presupuestario asumible.

3. Dimensiones y atributos de la calidad asistencial en el tratamiento de las adicciones

Llegado a este punto, es fácilmente comprensible que conseguir una definición de calidad que satisfaga a todos los promotores de la misma (administración, profesionales y usuarios), es tarea poco más que imposible. En la práctica la mejor forma de acercarnos a ello es abordar, no la calidad en sí misma, sino los componentes que la integran, dejando, pues, sean dichos promotores quiénes definan para ellos mismos que significa calidad.

3.1. Calidad científico-técnica

Se refiere a la competencia profesional o capacidad de los profesionales de utilizar el mayor nivel de conocimientos alcanzado, teniendo en cuenta tanto los co-

nocimientos científicos como la capacidad de establecer relaciones interpersonales, para abordar los problemas de los clientes, es decir, producir salud y satisfacción en los usuarios. La calidad científico-técnica considera tanto la habilidad técnica como la relación interpersonal que se establece entre el profesional y el paciente.

A su vez, desagregarse en una serie de componentes que son:

- Conocimientos disponibles.
- Percepciones.
- Datos clínicos de los pacientes.
- Juicios, razonamientos y decisiones de los médicos.
- Procedimientos que utilizan.
- Intervenciones que aplican.
- Forma en que los profesionales mantienen y perfeccionan sus conocimientos y habilidades clínicas.

3.2. Eficacia

Puede definirse como la probabilidad de que un programa o servicio pueda obtener un beneficio o conseguir un objetivo en condiciones ideales. Debe tender, como ya he mencionado, a que la asistencia realmente incremente el standard de salud.

3.3. Efectividad

Es el grado en que la prestación asistencial en el tratamiento de las adicciones produce en los usuarios el beneficio que en teoría debería producir, es decir, el que se obtiene tras una intervención en condiciones de aplicabilidad reales (eficacia es el resultado de una prestación en condiciones ideales). Estamos hablando, pues, de la probabilidad de que un determinado programa o servicio de atención a las drogodependencias pueda obtener los objetivos previamente establecidos en condiciones de aplicabilidad normales. Por tanto en todo caso hay que tender a que en los programas cuya eficacia haya sido demostrada logremos obtener el mayor grado posible de efectividad.

3.4. Eficiencia

Podemos definirla como la relación entre el servicio prestado, los resultados obtenidos y el coste. Persigue que la asistencia se preste por el coste óptimo (no

necesariamente el coste mínimo) y representa el grado en que es posible obtener el máximo de calidad posible con los recursos disponibles. Relaciona los resultados obtenidos (beneficios) medidos por la efectividad y los costes que genera el servicio prestado.

3.5. Accesibilidad

Se define como la facilidad con que la población diana a la que se dirige el programa de atención ofertado puede recibir la atención que necesita en relación con las barreras económicas, estructurales, organizativas, sociales y culturales. Tiene especial relevancia en los programas asistenciales en adicciones. La atención es accesible cuando es fácil de iniciarse y mantenerse e implica una adaptación entre los proveedores y los usuarios. Conlleva implícitamente componentes de equidad y distribución que incluyen la cobertura

3.6. Satisfacción del usuario

Es la medida en que la atención prestada y el estado de salud resultante consuman las expectativas del paciente. Supone un elemento importante de la calidad y aunque es en sí mismo un objetivo de la atención y, por supuesto, un resultado de esta, también significa un método para la consecución de otros objetivos y resultados. Proporciona una valiosa información sobre el éxito del proveedor en alcanzar las expectativas del usuario. A pesar de valorar fundamentalmente la calidad extrínseca y con las limitaciones propias (fundamentalmente en el campo científico y técnico), el usuario valora como calidad principalmente la competencia profesional.

3.7. Satisfacción de los profesionales

Introduce el concepto de “cliente interno” como aquel que para la provisión de un servicio final recibe a su vez servicios de otras partes de la organización. Fundamentalmente referida a las condiciones de trabajo, suele establecer valoraciones generales del sistema, tendiendo a definir la calidad de la actuación como el grado de adhesión a los criterios de atención con una posición central del ejercicio responsable de la competencia profesional. La satisfacción de los profesionales si bien en sentido estricto no forma parte del servicio que se ofrece al usuario constituye un elemento fundamental en la calidad del sistema.

3.8. Aceptabilidad

Es la satisfacción más la adhesión del usuario (grado de colaboración del paciente, cumpliendo el tratamiento prescrito, etc.). La satisfacción se refiere a tres grandes aspectos: organizativos (tiempo de espera, ambiente físico), estado de salud logrado y trato personal recibido por parte de los profesionales sanitarios. Es uno de los elementos claves en el éxito de los programas de tratamiento de las adicciones.

3.9. Adecuación

La Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organitations define la adecuación como la medida en que la atención se corresponde con las necesidades del paciente. Ampliando la definición de Vuori (4), podemos definirla como la relación entre la disponibilidad de los servicios, las necesidades de la población y la demanda que esta población realiza. El establecimiento de servicios donde no exista una necesidad y una demanda justificada supone un derroche que imposibilita la consecución de calidad. Sin embargo en el terreno de las drogodependencias en muchas ocasiones es necesario anticiparse a las demandas y generar expectativas ante la negación del problema por los pacientes y su retraso en acudir a tratamiento.

3.10. Continuidad

La continuidad no es más que la falta de interrupción de la atención necesaria y mantenimiento de la relación entre las secuencias sucesivas de la atención. Supone, pues, un sistema de asistencia integrado. Algunos autores como Donabedian (2) sin embargo no lo consideran como un componente de la calidad sino como una cuestión imprescindible que no puede considerarse aparte. Constituye una parte esencial en el éxito del tratamiento de las adicciones.

3.11. Coordinación

Entendemos por coordinación el proceso mediante el cual los elementos y relaciones de la atención, durante cualquier secuencia de la misma, se acoplan entre sí dentro de un propósito general.

3.12. Seguridad clínica

Este es uno de los componentes esenciales de la calidad científico-técnica.

Los resultados se miden en eficacia (efecto producido en la variable en condiciones ideales), efectividad (en condiciones habituales), utilidad (cantidad y calidad de años que se aporta al individuo) y beneficio (resultado de la intervención medido en unidades monetarias). De esta forma se configuran las formas de análisis de la eficiencia: análisis coste-eficacia, coste-efectividad, coste-utilidad y coste-beneficio.

4. Razones para implantar la gestión de la calidad en el tratamiento de las adicciones

Como ya he mencionado anteriormente, en la atención a las drogodependencias es necesario la gestión y control de calidad, ya que se trata de una actividad caracterizada por la variabilidad. Esta variabilidad, presente en la atención sanitaria, aumenta a medida que el sistema sanitario se vuelve más complejo. A ello no es ajeno el tratamiento de las adicciones.

El control de la calidad permite conocer cuál es la magnitud y analizar las causas de esa variabilidad (5), permitiendo modificarlas y en la medida de lo posible minimizarlas.

Los motivos que nos incitan a alcanzar la calidad en el tratamiento de las adicciones, son los siguientes:

1. Éticos, por el derecho que todos los ciudadanos tienen al nivel de salud más alto alcanzable y en el caso que nos ocupa de las adicciones a la mejor asistencia terapéutica disponible y por la responsabilidad que tienen los profesionales de actuar con calidad en la atención que prestan.
2. Sociales, por el deber social de garantizar a todos los ciudadanos la equidad, la accesibilidad y otros atributos de la atención sanitaria en el tratamiento de las adicciones.
3. De seguridad, ya que la constante evolución de la terapéutica nos obliga a evaluar los procesos de implantación y evaluación de los mismos.
4. Económicos, por la necesidad de administrar adecuadamente los recursos de que disponemos, ya que estos son limitados.

Otra razón para buscar la calidad es la evolución de la sociedad, que determina nuevas expectativas y exigencias; de forma que el ciudadano, la sociedad y las políticas sanitarias esperan de los profesionales no solo su tradicional capacidad para

promover la salud, prevenir y curar la enfermedad y rehabilitar al enfermo, sino que también que sean gestores de los recursos disponibles, que actúen dentro de un marco ético en continua expansión, que incorporen sistemas de valores individuales y colectivos (6, 7), que sean capaces de tomar decisiones y que comuniquen bien y establezcan relaciones con los más variados interlocutores.

5. Relación calidad-coste económico

La calidad de la asistencia y sus costes se encuentran íntimamente relacionados. Es obvio que todo proceso de atención conlleva un coste económico y que la calidad significa a su vez un determinado coste, pero en la determinación de éste intervienen diversos factores. Ya hemos mencionado que existe, y debe existir, una estrecha vinculación entre cantidad y calidad. La atención escasa, amén de cualitativamente mala, es costosa por cuanto significa de derroche al no conseguir establecer los mínimos de eficacia exigibles. Por otra parte la atención excesiva resulta más cara y de peor calidad por innecesaria, cuando no dañina. Ahora bien, el coste económico de la calidad debe entenderse, no tanto como un atributo de la calidad, sino como una consecuencia indeseada de la prestación de la atención que, en todo caso, ha de estar muy presente.

El resultado de una escasa concienciación por parte de los profesionales acerca del coste económico que supone la prestación de un tratamiento de las adicciones con una determinada calidad, implica, que tanto profesionales como usuarios se vean abocados a reivindicar la máxima calidad de los servicios. Por contra programas asistenciales de costes contenidos y de gran eficiencia pero limitada a objetivos muy concretos pueden suponer una atracción para los gestores que destinen sus prioridades en la búsqueda de una rentabilidad social inmediata.

6. Modelos de gestión de la calidad en el ámbito sanitario

A continuación reseñaré someramente los principales modelos de gestión de la calidad en nuestro ámbito tras haber conocido las normas de aseguramiento de la calidad (8).

- El modelo EFQM de excelencia

En 1951 se instauraron los Premios Deming a la calidad en Japón y muchos años más tarde los Malcom Baldrige, en 1987, en Estados Unidos. En 1988 se constituye la European Foundation for Quality Management (EFQM) que desarrolló en

1991 un modelo genérico de calidad, diseñado para ser aplicado en todo tipo de organizaciones, que propone un marco de referencia conceptual a través de la Gestión de Calidad Total: todas las actividades y a todos los niveles.

Según EFQM un requisito para que una organización sea excelente es que su gestión siga los principios de la Calidad Total, principios se explicitan mediante un modelo o marco de referencia que a través de una autoevaluación permite comparar la organización frente al modelo.

El modelo define como excelencia las prácticas sobresalientes en la gestión de la organización y logro de resultados, basados en la aplicación de un conjunto de ocho conceptos que son el resultado de la traducción para el mismo los principios de la Gestión de la Calidad Total.

1. Orientación de Resultados
2. Orientación al Cliente
3. Liderazgo y Coherencia de Objetivos.
4. Gestión de Procesos y hechos
5. Desarrollo e Implicación de las Personas
6. Aprendizaje Innovación y Mejora Continuos
7. Desarrollo de Alianzas
8. Responsabilidad Social

El Modelo EFQM en su enfoque de la mejora continua tiene en cuenta diferentes aspectos de la misma y basa la consecución de los resultados excelentes respecto de los clientes, las personas, el rendimiento de la organización y la sociedad en un liderazgo que dirija e impulse tanto la política y estrategia como las personas de la organización, las alianzas, los recursos y los procesos.

Consta de dos elementos operativos:

a) Criterios de Excelencia, que guían los aspectos a considerar y abarcan todas las áreas de funcionamiento de la organización cuya interrelación define teóricamente a la organización excelente.

b) Reglas, para evaluar el comportamiento de la organización en cada criterio.

- *Autoevaluación*

El método de mejora continua con el que se desarrolla el modelo es la autoevaluación que consiste en un análisis sistemático, periódico y estructurado revisando de forma lógica y ordenada todos aquellos aspectos de la organización que afectan a su calidad mediante una reflexión realizada por los propios protagonistas (auditores internos).

- Evaluación Externa

Una vez obtenido el primer informe de autoevaluación puede solicitarse una Evaluación Externa a una consultora acreditada en el modelo que redacta un informe. Ello supone un paso más que la autoevaluación y el sometimiento a acreditadores externos independientes.

- Premio Europeo a la Calidad

Desde 1992 la EFQM con la colaboración de la Comisión de la Unión Europea y la Organización Europea para la Calidad convoca el Premio Europeo a la Calidad al que se presentan aquellas organizaciones que habiéndose sometido a un proceso de autoevaluación y a una evaluación externa presentan los resultados más destacados. Reconoce a las organizaciones más destacadas dentro de cada categoría, también a las organizaciones que superan 500 puntos como finalistas (mediante un galardón) y las que superan los 400 (Recognition of Achievement mediante un diploma).

- Sellos de Excelencia Europea

El Sello de Excelencia Europea, "Level of Excellence" de EFQM es, después del European Quality Award, es el máximo reconocimiento a la Excelencia en Gestión que se concede en Europa. Esta distinción significa para las Organizaciones que la ostentan un reconocimiento nivel de Prestigio, Excelencia y Eficacia en su gestión, eficiencia operativa y diferenciación en su entorno competitivo. En suma, denota una capacidad para mantenerse en altas cotas de Excelencia o continuar progresando hasta conseguirlas. Se conceden en varios niveles: Más de 200 puntos EFQM, más de 300 puntos, entre 401 y 500 puntos y más de 500 puntos EFQM.

- El modelo de calidad de la Joint Commission International

La Joint Commission es la agencia americana de acreditación para mejorar la seguridad y la calidad de la atención prestada a los pacientes. Es una organización no gubernamental y sin ánimo de lucro.

En el 2005 la Organización Mundial de la Salud junto a la Joint Commission, constituyó la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias, con objeto de contribuir exclusivamente a la consecución de la mayor seguridad posible para los pacientes.

La acreditación es un proceso voluntario, a través del cual se concede reconocimiento a organizaciones sanitarias que cumplen unos estándares, que implican la mejora continua de la atención médica. Persigue que las entidades conozcan sus resultados, los analicen, determinen sus debilidades y fortalezas, las comparen con las de otras entidades y, por último, permitan su publicación.

Los estándares son herramientas que se deben renovar periódicamente para lograr la mejora continua. Se articulan en torno a unos ejes: estructura (recursos), procesos (actividades) y resultados,

Respecto a estos se definen las expectativas de funcionamiento (óptimas, realizables y medibles). Los tres se enfocan en funciones administrativas y clínicas importantes para la organización sanitaria y se centran en el paciente y su contexto familiar.

El diseño de los estándares permite la interpretación y evaluación dentro de la cultura y marco jurídico de un país, fija el mayor alcance posible en la práctica.

En España la Agencia de Acreditación es la Fundación Avedis Donabedian (FAD) con sede en Barcelona y Madrid. La FAD evaluó la aplicabilidad en nuestro país de sus estándares con trabajos de campo, participación de organizaciones profesionales y reuniones de expertos.

El modelo de Acreditación del programa FAD-JCI está basado en funciones clave de la organización que se realizan en todas las áreas. En cada una de ellas se identifican los procesos clave y se establecen estándares de buena práctica. Los estándares son los requisitos que definen las expectativas de funcionamiento con respecto a la estructura, el proceso y a los resultados que deben estar sólidamente implantados, en el lugar apropiado, en la organización para alcanzar la seguridad y la calidad para el cuidado del paciente. Definen, de forma precisa, en qué consiste la atención óptima al cliente y se actualizan periódicamente para adecuarlos a los cambios de provisión de servicios sanitarios.

Además el Sistema de Acreditación a través de Joint Commission permite establecer comparaciones con:

- Los Estándares Internacionales de la JCI que contienen todos los temas de estándares de la Joint Commission incluyendo los más nuevos relacionados con el manejo del dolor y los cuidados al final de la vida.
- Los Estándares Internacionales de la JCI que contienen muchos de los controles de calidad y del gobierno de los criterios ISO 9000.
- Los Estándares Internacionales de la JCI que incluyen los criterios EFQM de Europa y Baldrige de Estados Unidos Valor de la acreditación.

En el ámbito del tratamiento de las adicciones es más propio de unidades hospitalarias.

- El Modelo de calidad de las Normas ISO

La ISO (International Organization for Standardization) es un organismo no gubernamental que no depende de ningún otro organismo internacional y no tiene autoridad para imponer sus normas a ningún país.

Las normas ISO son documentos de aplicación voluntaria, donde se recogen especificaciones técnicas, basadas en los resultados de la experiencia y del desarrollo tecnológico, fruto del consenso entre todas las partes interesadas e involucradas en la actividad objeto de la misma.

Aunque ISO tiene más de 17.500 normas internacionales, desde el punto de vista sanitario, tienen especial interés la familia de normas ISO 9000 (sistemas de gestión de la calidad), ISO 14000 (sistemas de gestión medioambiental) o normas más específicas como la ISO 15189 (calidad y competencia en laboratorios clínicos).

Centrándonos en los sistemas de gestión de la calidad, tomamos como referencia las normas ISO 9000 (9); aunque sus estándares son voluntarios, el hecho de que hayan sido desarrollados como respuesta a las demandas de los consumidores y de que estén basados, en el consenso entre proveedores y clientes, asegura su aplicabilidad y crea un estilo de gestión que se difunde en toda la organización. El sistema de gestión basado en los requisitos de la norma ISO 9001, puede ser aplicado a cualquier tipo de organización, incluyendo por supuesto las sanitarias.

Existen experiencias en los servicios sanitarios que aconsejan comenzar con modelos simples como la ISO 9001 cuya evolución nos llevará hacia modelos más complejos, como el modelo EFQM.

Los principios de gestión de la calidad, de acuerdo a lo indicado en la norma ISO 9001 son:

- Liderazgo: La dirección debe realizar una participación activa en la planificación, diseño e implantación del sistema de la calidad.
- Enfoque al cliente: comprender sus necesidades, cumplir con sus requisitos y esforzarse en exceder sus expectativas.
- Mejora continua: revisiones periódicas llevando a cabo un análisis y evaluación e la situación, para identificar las áreas de mejora, implantar las acciones oportunas y evaluarlas.
- Enfoque basado en procesos, que permite dirigir la organización, atendiendo a las actividades que aportan el máximo valor añadido a los servicios prestados.
- Participación de todo el personal, independientemente del nivel al que pertenezca dentro de la organización.
- Enfoque de sistema para la gestión: identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema.
- Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones.
- Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor.

El desarrollo e implantación del sistema de gestión de la calidad, requiere una cuidadosa planificación. Las etapas en las que se llevará a cabo así como el tiempo de implantación, dependerá de la complejidad de los procesos desarrollados, así como del grado de experiencia y conocimiento por parte de la dirección y los trabajadores, en la gestión de la calidad.

Se pueden considerar las siguientes fases: Análisis previo, preparación, implantación y realización de auditorías internas. Una vez establecido el sistema de gestión, éste puede ser sometido a reconocimiento por una tercera parte independiente, para su certificación, entendiendo como tal la acción llevada a cabo por una entidad reconocida como independiente de las partes interesadas, mediante la que se manifiesta la conformidad de una empresa, producto, proceso, servicio o persona con los requisitos definidos en la norma.

Este modelo que ha demostrado su eficacia y viabilidad en el ámbito de los programas de tratamiento de las adicciones (10).

7. Herramientas para reducir la variabilidad en la práctica clínica

Cada vez intervienen más profesionales en los programas multidisciplinares de tratamiento de las adicciones y es por tanto razonable esperar que las variaciones de la práctica clínica van más allá del terreno de lo estrictamente médico (11).

La variabilidad en la práctica clínica puede definirse como la variación inapropiada que no puede ser explicada por el tipo o severidad de la enfermedad o por las preferencias de los pacientes por uno u otro curso alternativo de acción (12).

Criterios que definen un uso inapropiado de recursos a la hora de juzgar las alternativas asistenciales (13):

- Innecesario si el objetivo deseado se puede obtener con medios más sencillos.
- Inútil si el enfermo está en situación demasiado avanzada para responder al tratamiento.
- Inseguro si las complicaciones sobrepasan a los beneficios.
- Injustificable si la calidad de vida conseguida no es suficientemente buena.
- Insensato si consume recursos de otras actividades que podrían ser más beneficiosas.

Las principales herramientas de que disponemos para minimizar la variabilidad en la práctica clínica son las guías de práctica clínica, los protocolos y vías clínicas, mejores prácticas que describen el cuidado apropiado basado en la evidencia científica, actuando como elemento de mejora de la calidad asistencial y facilitando la toma de decisiones.

Las guías de práctica clínica son recomendaciones desarrolladas de manera sistemática con la intención de guiar o ayudar a los profesionales y pacientes sobre qué decisión sanitaria es la más apropiada en el manejo de condiciones y circunstancias clínicas concretas. Es decir reflejan “lo que hay que hacer”. Son recomendaciones diseñadas para ayudar a los profesionales y a los enfermos a seleccionar la mejor alternativa asistencial en el abordaje de condiciones clínicas concretas en contextos sanitarios específicos. Los atributos de las Guías deben ser: multidisciplinariedad, claridad, validez, rigurosidad, reproducibilidad, fiabilidad, flexibilidad clínica, aplicabilidad, actualidad y revisable de forma programada.

Complementado a las citadas Guías se han desarrollado los Algoritmos: “cómo hay que hacerlo”, especialmente cuando hay alternativas a elegir.

Los Protocolos que se definen como actas de un consenso en la toma de decisiones clínicas. Se realiza por parte de los interesados, ante un problema asistencial y recoge con gran nivel de detalle, de forma muy normativa y sin presentar alternativas los pasos a seguir. A diferencia de la guía de práctica clínica, el término protocolo asistencial se refiere a un conjunto de actuaciones clínicas en situaciones o circunstancias clínicas concretas, habitualmente basados en el consenso de un grupo multidisciplinario de profesionales y una revisión de la literatura científica disponible para llegar a acuerdos en temas de conflicto y discrepancias. Los protocolos describen en detalle los pasos a seguir en procedimientos clínicos concretos. Las vías clínicas ofrecen las directrices que deben seguirse ante situaciones clínicas determinadas cuyo curso clínico es predecible. Suponen una forma de adaptar las guías de práctica clínica o los protocolos, a la práctica clínica. Se concretan en un plan asistencial que define y ordena secuencialmente actividades e intervenciones sanitarias para un grupo definido de pacientes con un curso clínico predecible; proporcionando una herramienta de coordinación al detallar las actividades del día a día en la atención del paciente con un diagnóstico específico, y constituyendo una herramienta de mejora de la calidad cuyo objetivo es mejorar el trabajo multidisciplinario en equipo, integrando las guías y protocolos introducidos en la práctica clínica diaria.

9. La calidad percibida

El tema de la satisfacción del paciente ha sido abordado normalmente desde la perspectiva de los profesionales que, con su experiencia y conocimientos, determinaban lo que era mejor para el paciente. Este hecho ha sido especialmente con-

siderado en el ámbito de las adicciones donde con mucha frecuencia al paciente drogodependiente se le ha negado su capacidad de juzgar la asistencia recibida.

Sin embargo, probablemente como consecuencia del auge del papel de los consumidores, hemos pasado a otra forma de entender la satisfacción del paciente en la que los profesionales intentan organizarse pensando en las necesidades y expectativas de ese paciente. Este enfoque supone un cambio en la cultura de las organizaciones sanitarias y, en definitiva, en los profesionales, que deben ver y tratar al paciente “como si de un cliente se tratara” (11). Probablemente el cambio en el terreno del tratamiento de las adicciones hayan sido un tanto más disruptivos que en otros ámbitos sanitarios pero es un camino sin retorno. Desde esta perspectiva es necesario que el profesional sanitario conozca, entienda y asuma el punto de vista del paciente para incrementar la calidad de la asistencia sanitaria.

Tradicionalmente en el terreno del tratamiento de las adicciones el paciente cuando ha podido participar o aportar información sobre sus necesidades y expectativas lo ha hecho merced tanto a métodos “indirectos”, como la elección del centro o “directos” como buzones de quejas y sugerencias, hojas de reclamaciones, encuestas de satisfacción, . . .

La aplicación de técnicas de investigación cualitativa resulta especialmente útil cuando se trata de analizar el punto de vista de los pacientes. Resulta esencial en el tratamiento de las adicciones conocer la opinión del usuario acerca de la atención recibida o de algunos aspectos relacionados con la misma. La información proporcionada por estos instrumentos permite:

- Detectar problemas y áreas de mejora.
- Disponer de datos para la mejora de la calidad del servicio y la planificación sanitaria.
- Obtener las valoraciones y percepciones así como el grado de satisfacción de los usuarios.
- Construir índices sintéticos de satisfacción que faciliten un seguimiento longitudinal en el futuro.
- Determinar perfiles de usuarios satisfechos e insatisfechos describiendo los elementos que están condicionando la satisfacción y su importancia.

El usuario juzga si la calidad de los servicios es satisfactoria y si sus necesidades y expectativas se han cumplido. En los últimos años, las expectativas de los usuarios con respecto a los servicios asistenciales han crecido y la respuesta a las mismas no lo ha hecho al mismo ritmo.

Los factores que determinan las expectativas son: experiencias previas, experiencias conocidas de otras personas, y la comunicación externa del sistema sani-

tario. Todos estos elementos hacen que la satisfacción sea diferente para distintas personas en similares circunstancias, e incluso para la misma persona en diferentes circunstancias.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Pascual C. Calidad asistencial en drogodependencias. Trastornos Adictivos, tomo 2: 481-484 1. Ed. Médica Panamericana, 2006.
- 2- Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. La Prensa Médica Mexicana, S.A., México DF, 1998.
- 3- Joint Commision on Accreditation of healthcare Organizations (JCAHO). The transition from QA to CQI: An introduction to quality improvement in health care. JCAHO, Chicago, 1991.
- 4- Vuori, HV. El control de calidad en los servicios sanitarios. Masson SG, Barcelona, 1991.
- 5- Babin Vich F. Calidad en drogodependencias: Estrategia de Calidad del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid. Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid, 2009.
- 6- Pascual C. Gestión de la calidad en drogodependencias. Adicciones 2000; Vol. 12, nº 1; 21-27.
- 7- Calvo H, de Lucas A, Pozo E, López y Segarra F. La calidad en el proceso de inserción del drogodependiente. Salud y drogas. 2007; Vol.7 nº 1 159-176.
- 8- AENOR. Normas para el aseguramiento de la calidad. Madrid, 1992.
- 9- Hoyle D. ISO 9000, Manual de Sistemas de Calidad. 2ª Editorial. Paraninfo, Madrid, 1996.
- 10- Boubeta AR, Pérez NT, Tobío TB, Mallou JV. Relación entre la calidad asistencial percibida y la actitud frente al tratamiento en drogodependencias. Psicothema, 2010; Vol. 22, nº 4, 574-580.
- 11- Merino PP. La calidad de las políticas y programas en drogodependencias desde una perspectiva europea a una perspectiva local. Norte de salud mental 2005; 22: 11–18.
- 12- Wennberg J., Gittelsohn A. Small area variations in health care delivery: a population-based health Information Sistem Can Guide Planning and Regulatory decision making. Science 1973; 182: 1102-8.
- 13- Jenet B. Inappropriate use if intensive care. BMJ, 1984; 289: 1709-11.

5.4.- Ética y Ley en drogodependencias.

Luis Fernando Barrios Flores

Introducción.

En estas páginas se abordarán las perspectivas ética y jurídica de las adicciones. En el apartado I me centraré en la Bioética, parte especializada de la Ética general (1), que ha tenido un nacimiento dual (2). Utilizaremos no tanto la trayectoria ambientalista y evolucionista propiciada por Potter (3), cuanto la iniciada por André Hellegers quien empleó el término para denominar *Josep and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics* en el que trabajaba, pretendiendo crear “un puente entre la medicina y la filosofía y la ética” (4). Utilizaremos para ello el método principialista, que aún siendo objeto de críticas (5-6), ha sido el enfoque predominante en Bioética.

La parte II aborda el enfoque jurídico, limitado a las normas internacionales sobre esta materia, el marco constitucional más relevante a efectos de adicciones y los aspectos más significativos penales y civiles, dejando al margen cuestiones sin duda relevantes, pero aquí y ahora inabarcables (7-11).

Aunque Ética y Derecho pertenecen a la Axiología, existen diferencias notables entre ambos; el carácter coercitivo del Derecho y su forma de manifestación externa —las normas jurídicas— es la principal. Ello no es obstáculo para constatar una influencia mutua entre ambos. Igual sucede entre la Bioética y Derecho (12-13). La Bioética aspira a aportar al Derecho orientaciones en la tarea de determinar los valores/principios que han de inspirar al legislador en la materia que nos ocupa: el tratamiento del sujeto adicto (14). En tal tarea, evidentemente, la política tiene un protagonismo esencial. Cabría decir pues que “ciencia, derecho, política son magnitudes imprescindibles para configurar la bioética” (1).

I.- Aspectos éticos.

En el recurrentemente citado “Informe Belmont” (15) se enumeran tres principios bioéticos: el de respeto a la persona (autonomía), el de beneficencia y el de justicia. Beauchamp y Childress (16), añadieron el de no maleficencia.

1.- Beneficencia.

Es un principio presente en la medicina hipocrática (17), constituyendo la “fuerza conductora del sistema sanitario” (18).

Antes del Informe Belmont, Frankena lo dividió en cuatro obligaciones distintas: a) Se debe no afligir mal o daño; b) Se debe prevenir el mal o el daño; c) Se debe eliminar el mal o el daño; d) Se debe hacer o promover el bien (19). Posteriormente fueron reclasificadas por Beauchamp y Childress (16).

Es un principio en general útil en la práctica médica, aunque existan ciertas dificultades para su extrapolación al terreno de las adicciones. Así, habrá que identificar al sujeto destinatario del mismo (el beneficiario). Y éste, en ocasiones, no sólo es el adicto. Piénsese en sujetos con obligaciones familiares o incluso mujeres embarazadas consumidoras de sustancias que provocan la adicción (20-21). Esto último plantea importantes dificultades (cohonestar el derecho de la madre drogodependiente a seguir o no con su embarazo con las eventuales consecuencias dañinas para el feto).

2.- No maleficencia.

Desde la Antigüedad el principio de beneficencia ha estado de algún modo vinculado con el principio de no maleficencia. Es decir la beneficencia se encuentra unida a la máxima *primum non nocere* (“en primer lugar, no hacer daño”) (22). Según Beauchamp y Childress, el principio de no maleficencia da lugar a una serie de reglas morales específicas tales como: 1. “No matarás”. 2. “No causarás dolor o harás sufrir a otros”. 3. “No incapacitarás a otros”. 4. “No ofenderás”. 5. “No privarás a los demás de los bienes de la vida”.

El principio 1 parece poco discutible, al menos para la mayoría de los ciudadanos. Pero el resto de las reglas que describen Beauchamp y Childress tienen un problemático acomodo en las adicciones. Se puede hacer sufrir al adicto al que se priva de la sustancia o se le impide la conducta que es objeto de su adicción. Incapacitar —luego me referiré a ello— es susceptible de dos perspectivas, positiva (tuitiva) o negativa (restrictiva del ejercicio de derechos). Puede sentirse ofendido el adicto al que se limita su ámbito de autogobierno. Y, en fin, el adicto puede que considere que, al tratarle o prevenir su consumo/conducta, se le está privando de uno de los bienes de la vida, la felicidad (al menos lo que él entiende por felicidad).

El respeto al principio de no maleficencia nos enfrenta en ocasiones a dilemas éticos en los que es preciso ponderar entre dos males, optando por el llamado “mal menor”. Tal sucede con los denominados programas de reducción de daños (*reduction harm, damage limitation, casualty reduction, harm minimization*).

Iniciados en Holanda a finales de los años ochenta para combatir la Hepatitis B (23-24) y luego implementados en prisión (programas de intercambio de jeringuillas) (25). Los programas de sustitución de opiáceos se enfrentan a parecidos dilemas éticos (26).

3.- Autonomía.

Es el principio más problemático en las adicciones. La justificación de la intervención paternalista en este ámbito se puede construir sobre la base del concepto de “competencia básica” propugnado por Wikler (27). Se carece de competencia básica cuando la “fuerza de voluntad es tan reducida o está tan afectada que no puede llevar a cabo sus propias decisiones”; pudiera ser el caso de alcohólicos y drogadictos. Las personas con incompetencia básica, tienen un déficit que origina una situación de desigualdad negativa.

En estos casos la justificación del paternalismo requiere: a) un fundamento objetivo, una relación causal segura que, en principio, debiera admitirse en el caso de las drogas o del alcohol y b) un interés benevolente “con miras a superar los inconvenientes que trae aparejada la incompetencia básica” (28). A este segundo requisito alude Murphy (29) y también Fotion cuando pone en valor el interés de la persona a quien se dirige el tratamiento paternalista, por parte de quien actúa paternalistamente (individuos, instituciones o el propio Estado) (30).

Ambos requisitos, son cada uno necesario y ambos conjuntados suficientes para justificar el paternalismo. El primero es empírico (verificación de la existencia de la incompetencia básica) y el segundo es normativo (la superación del déficit provocado por la incompetencia básica en aras de la autonomía y la igualdad (28). Ambos habrían de concurrir en materia de adicciones (31). Pero no estaría éticamente justificada una intervención paternalista cuando un adicto, pero con competencia básica, “prefiere correr el riesgo de un daño seguro o altamente probable en aras de su propio placer o felicidad” (28).

Hay sin embargo quien rechaza toda intervención paternalista en adicciones en determinados colectivos. Así para Szasz las adicciones son un problema moral y no médico, estando subyacente el conflicto entre la libertad individual y la intervención estatal (32). Invoca el conocido postulado de Stuart Mill a favor de la libertad individual, en tanto ésta no menoscabe los derechos de terceros. Por eso defiende legalizar el consumo de drogas –al igual que sucede con el alcohol–, excepto en el caso de menores. Con ello se reduciría la delincuencia relacionada y se respetaría el derecho a hacerse daño uno mismo, sin perjudicar a otros, ya que la automedicación debiera considerarse un derecho fundamental (33).

En contra de los tratamientos involuntarios puede invocarse la vigencia del principio de proporcionalidad. Por ejemplo, Tomás-Valiente se posiciona en contra de la desintoxicación forzosa (34), ya que tal intervención sería constitutiva de un paternalismo *fuerte* injustificado por ser lesivo del derecho a la autonomía de los afectados. Y es que, aunque la adicción pueda convertir al sujeto en no autónomo respecto a la decisión de consumir drogas (con lo que faltaría la “autonomía de primer orden”), sin embargo el individuo sí mantiene su autonomía en un plano superior (“autonomía de segundo orden”) pues en lugar de requerir la ayuda necesaria para desintoxicarse, libremente opta por seguir consumiendo la sustancia dañosa de acuerdo a su orden de preferencias o plan de vida. La imposición de un modo de vida “sano” o “correcto” sería el ejercicio de un perfeccionismo coercitivo incompatible con un Estado liberal. Es cierto que determinadas drogas pueden llegar a dañar seriamente las capacidades del drogodependiente, que ya no dispondría de un suficiente grado de autonomía; sería esta una situación “rayana en la incompetencia”. Ahora bien, aún en estas situaciones la intervención paternalista está constreñida a la debida proporcionalidad y el tratamiento forzoso de deshabituación supondría la privación de múltiples derechos fundamentales, lo que aconseja no admitir la legitimidad de tal intervención.

También se argumenta, en contra de la intervención paternalista, su ineficacia. Incluso en el medio carcelario, en el que la libertad ya se encuentra físicamente restringida, “hasta la mejor terapia carece de sentido si el condenado no la acepta” (35). Y en esto coincide la mayor parte de la doctrina (36-38).

4.- Justicia.

Como afirma Gracia: “Con sola autonomía y sola beneficencia no se puede construir un sistema moral coherente y completo. Sí se consigue cuando a los dos citados se añade el principio de justicia” (39).

Inicialmente la Teoría de la Justicia de Rawls prestó escasa atención al problema sanitario (40). Este hueco vino a colmarlo Daniels (41-42) quien resaltó la especial relevancia moral de la salud, debido a la estrecha relación existente entre la asistencia sanitaria y el principio de igualdad de oportunidades para elaborar el propio plan de vida. Por ello debe proveerse a todos los ciudadanos de asistencia sanitaria apropiada, dependiendo de sus necesidades y no de su capacidad de pago, garantizándose así el acceso universal (43). El sistema de salud debiera proporcionar, a todos y cada uno, un “mínimo nivel decente de salud” para garantizar el “funcionamiento normal de la especie” (*normal species functioning*), pues la asistencia sanitaria ayuda a preservar nuestro *status* como ciudadanos funcionales (“fully

functioning citizens”). Años después Rawls sí abordó el tema sanitario en *Justice as Fairness: A Restatement* (44). Defiende también la necesidad de garantizar un mínimo sanitario, ya que las características propias de una concepción política liberal de justicia no sólo deben especificar los derechos, libertades y oportunidades básicas, sino también garantizar a todos los ciudadanos los medios adecuados para que puedan utilizar efectivamente sus libertades y oportunidades. De ahí precisamente la necesidad de garantizar un mínimo social básico. Parece lógico pensar que dicho “mínimo” se extiende a toda la población, y también por consiguiente a los sujetos que padecen adicciones.

II.- Aspectos legales.

1.- El marco internacional.

A nivel internacional, se han ido aprobando Convenios y Protocolos desde el Convenio Internacional del Opio, firmado en La Haya el 23 de enero de 1912, bajo los auspicios, primero de la Sociedad de Naciones y posteriormente de la Organización de las Naciones Unidas (45).

En la actualidad, existen varios instrumentos internacionales de la ONU sobre la materia¹. La Convención Única de 30 de marzo de 1961 sobre estupefacientes refundió la mayor parte de los instrumentos hasta entonces aprobados y puso al día, simplificó los mecanismos de fiscalización e impuso a los Estados la obligación de limitar las plantas estupefacientes a fines médicos y científicos². Esta Convención fue enmendada por el Protocolo de 25 de marzo de 1972, que enfatiza la necesidad de acrecentar los esfuerzos para impedir la producción ilícita, el tráfico y el uso de estupefacientes. Especial interés la atención que dedica a las labores de educación, tratamiento y rehabilitación³.

El 21 de febrero de 1971 fue aprobado el Convenio sobre sustancias sicotrópicas, ampliándose así el foco de atención, hasta entonces centrado sólo en los estupefacientes⁴.

¹ El texto de todos estos documentos de la ONU y sus correspondientes comentarios está disponible en la URL: <http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/index.html>

² Convención única de 1961 sobre estupefacientes, enmendada por el Protocolo que modifica la Convención única de 1961 sobre estupefacientes. Nueva York, 8 de agosto de 1975 (BOE, 4.11.1981).

³ Instrumento de Ratificación de España del Protocolo de modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, hecho en Ginebra el 25 de marzo de 1972 (BOE, 15.2.1977).

⁴ Instrumento de adhesión de España al Convenio sobre sustancias sicotrópicas. Hecho en Viena el 21 de febrero de 1971 (BOE, 10.9.1976).

Finalmente, fue aprobada la Convención de Viena contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas de 20 de diciembre de 1988, que vino a hacer frente a la escalada que se produjo en el consumo de drogas desde el inicio de la década de los pasados ochenta. Aborda la regulación de los instrumentos de cooperación internacional penal (por ej. extradición) y obliga a la sanción penal de las ganancias derivadas de la comisión delitos relacionados con el tráfico⁵.

En el seno de la ONU, en materia de drogas, están involucrados los siguientes organismos: a) Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD⁶), tiene entre sus principales objetivos la reducción de la demanda (mediante labores de prevención, tratamiento y desintoxicación) y de la oferta (mediante programas de desarrollo alternativo, medidas para garantizar el cumplimiento de la ley y servicios consultivos); b) Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE⁷), órgano de fiscalización independiente, de carácter cuasijudicial, encargado de vigilar la aplicación de los tratados de fiscalización internacional sobre drogas; c) Organización Mundial de la Salud (OMS⁸), agencia que trabaja con todas las sustancias psicotrópicas, con independencia del estatuto jurídico de estas y que en materia de consumo de estas sustancias tiene encomendada la prevención y reducción de las consecuencias para la salud y las relaciones sociales del consumo de sustancias sicotrópicas, la reducción de la demanda del consumo de sustancias psicotrópicas sin prescripción médica y la evaluación de las sustancias psicotrópicas con el objetivo de asesorar a la ONU sobre su control reglamentario y d) Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) que lidera el programa antidopaje en el deporte⁹.

2.- El marco constitucional.

La Constitución (CE) establece, en su art. 14, que “los españoles son iguales ante la ley”. Aunque originalmente el postulado de igualdad ante la ley fue interpretado como “igualdad en la aplicación del Derecho”, la jurisprudencia constitucional alemana —que tanto ha influido en la nuestra— ha considerado que este postulado ha de extenderse también a la “igualdad en la formulación del Derecho”. De este modo, ya no serán solo el Poder Judicial y el Ejecutivo los obligados a respetar el principio de igualdad, sino también el Poder Legislativo (46).

⁵ Instrumento de ratificación de la Convención de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, hecha en Viena el 20 de diciembre de 1988 (BOE, 10.11.1990).

⁶ <http://www.unodc.org/>

⁷ <http://www.undrugcontrol.info/en/un-drug-control/incb>

⁸ http://www.who.int/substance_abuse/en/

⁹ <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/anti-doping/>

La igualdad, *prima facie* es predicable de “todos”. Pero la realidad muestra que no todos somos “iguales”. Un adicto no es “igual” a quien no lo es, un enfermo no es igual que un sano, una persona de alto nivel intelectual no es igual a un analfabeto,...

Para pues una contradicción, que surge por la confusión entre dos planos, el descriptivo/fáctico y el prescriptivo/normativo. Es decir “existe asimetría entre igualdad y diferencias. ‘Igualdad’ es término normativo: quiere decir que los ‘diferentes’ deben ser respetados y tratados como iguales; y que, siendo ésta una norma, no basta enunciarla sino que es necesario observarla y sancionarla. ‘Diferencia(s)’ es término descriptivo: quiere decir que de hecho, entre las personas, hay diferencias, que la identidad de cada persona está dada, precisamente, por sus diferencias, y que son, pues, sus diferencias las que deben ser tuteladas, respetadas y garantizadas en obsequio al principio de igualdad” (47).

Por tanto no sería de recibo la consagración de la igualdad, sin tener en cuenta las diferencias subyacentes entre las personas (en lo que aquí interesa, personas con o sin adicciones). La igualdad no puede convertirse en un fetiche (48).

En la Grecia clásica (Platón: *Leyes*, VI, 757; Aristóteles: *Política*, III 9 (1280a) ya se reparó sobre esta cuestión, hallándose una fórmula conciliadora: “Hay que tratar igual a lo igual y desigual a lo desigual”. Contemporáneamente, de forma mucho más elaborada, se ha llegado a similar conclusión. La doctrina científica y la jurisprudencia alemana reconocen la existencia de una prohibición general de la arbitrariedad pero, al mismo tiempo, admiten una diferenciación legal o un tratamiento legal desigual cuando exista una justificación razonable “que surja de la naturaleza de la cosa o que, de alguna otra forma, sea concretamente comprensible” (46)¹⁰. Nuestro Tribunal Constitucional asumió esta interpretación, basándose en la consolidada jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos al interpretar el art. 14 del Convenio Europeo para la protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales de 4 de noviembre de 1950. Así, en la STC 22/1981, de 2 de julio, afirma: “la igualdad es sólo violada si la desigualdad está desprovista de una justificación objetiva y razonable, y la existencia de dicha justificación debe apreciarse en relación a la finalidad y efectos de la medida considerada, debiendo darse una relación razonable de proporcionalidad entre los medios empleados y la finalidad perseguida”.

Cabe pues un tratamiento legal diferenciado de las personas con adicciones, pero sólo cuando exista una justificación objetiva y razonable y se respete el prin-

¹⁰ BverfGE 1, 14 (52) y BverfGE 60 101 (108).

pio de proporcionalidad. Así se justifica, por ejemplo, el tratamiento desigual (teóricamente más benévolo) de dichas personas en sede penal.

Mas el reconocimiento de ciertas singularidades (en este caso beneficiosas) en el ámbito jurídico-formal, no debe restar importancia a otro ámbito de indudable incidencia práctica, el jurídico-material. La cuestión no es baladí, ya que precisamente estamos hablando de un colectivo de personas en las que la incidencia de la marginación/exclusión social está más que acreditada.

Abordar los aspectos materiales, remite necesariamente a los denominados “principios rectores de la política social y económica”, entre ellos el derecho a la “protección de la salud” (art. 43.1 CE) (49-50). La salud, por consiguiente se enmarca en los llamados “derechos constitucionales a protección” (51). No son estos propiamente derechos subjetivos, ya que su reconocimiento, respeto y protección han de informar la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos, pero no podrán ser alegado ante los órganos judiciales sino de acuerdo con lo que dispongan las leyes que lo desarrollen.

No obstante, al Estado ya no se le exige solamente su papel de “gendarme” del ordenamiento jurídico, sino que se le demanda un papel activo, se le pide “intervenir” para superar las contradicciones entre la titularidad formal de unos derechos públicos subjetivos y su ejercicio efectivo. El Estado ha de crear las condiciones para satisfacer las necesidades vitales (la “procura existencial”). Se convierte de este modo en un Estado prestacional, que requiere una actividad legislativa y administrativa sin duda extensa e intensa. Todo ello viene a ser la consecuencia del postulado del llamado “Estado social” (52).

El inevitable interrogante es si tal “Estado social” —y me refiero ya no sólo en general, sino con la mirada puesta en el concreto panorama nacional— cumple sus cometidos en el ámbito de las adicciones. Autores de esta ponencia darán respuesta a este interrogante de forma mucho más autorizada del que suscribe estas páginas. Por mi parte sólo poner de manifiesto una carencia ya crónica de nuestra práctica política. Encarar el tema de las adicciones indudablemente requiere de “estrategias” y de “acciones programadas”, dentro de un marco jurídico. Mas frecuentemente, falta el tercer pilar básico, la falta de recursos. Lamentablemente en España demasiados de los que ostentan el poder siguen creyendo en el poder taumáturgico de los programas y de las normas, olvidando la necesaria dotación de medios humanos y materiales.

3.- El ámbito penal.

3.1.- Los tipos penales.

El art. 368 CP penaliza a quienes “ejecuten actos de cultivo, elaboración o tráfico, o de otro modo promuevan, favorezcan o faciliten el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, o las posean con aquellos fines”. La finalidad de esta norma “es la tutela del bien jurídico de la salud pública mediante la represión y evitación del peligro general o común de facilitar el consumo de drogas de personas indeterminadas y ese peligro no existe cuando son personas concretas las que deciden realizar el consumo y está totalmente descartada la posibilidad de difusión de la droga entre el público que excluye la existencia de un elemento del tipo”¹¹. Este dato es fundamental para pueda existir incriminación, pues de faltar la “posibilidad remota del daño a la salud pública” no existiría delito¹².

Por tanto quedan fuera de la órbita penal tres tipos de conductas, según la reciente exposición de los Profs. Díez Ripollés y Muñoz Sánchez (53): a) el consumo individual, b) el consumo compartido, que comprendería tres modalidades: 1) autoconsumo plural entre consumidores, 2) las “recíprocas invitaciones entre adictos” o “consumo colectivo compartido” y 3) la entrega o invitación gratuita de droga a personas adictas o, al menos, consumidores esporádicos de esa sustancia, para compartir su consumo, y c) la donación altruista o compasiva a personas adictas.

Por su parte, el art. 379.2 CP incrimina la conducta del “que condujere un vehículo de motor o ciclomotor bajo la influencia de drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas o de bebidas alcohólicas” (54-55).

3.2.- Circunstancias modificativas de la responsabilidad penal.

La eximente completa de responsabilidad penal, es de aplicación al que, “al tiempo de cometer la infracción penal se halle en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión, o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión” (art. 20.2º CP).

Es preciso pues la concurrencia de dos elementos: una causa biopatológica (intoxicación o síndrome de abstinencia) y un efecto psicológico (incapacidad para comprender la ilicitud del hecho o de actuar conforme a esa comprensión) (STS 2ª, 29.3.2011).

¹¹ SSTs 2ª, 16.7.1994 y 5.2.1996.

¹² SSTs 2ª, 3.3.1994, 19.7.1994 y 10.12.1998.

Al órgano judicial sentenciador le cabe optar en estos casos por:

- El internamiento “en centro de deshabitación público, o privado debidamente acreditado u homologado”, estableciéndose al efecto las siguientes reglas: a) el internamiento no puede exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad si el sujeto hubiere sido declarado responsable, estableciéndose por el órgano judicial sentenciador dicho límite máximo en la sentencia (art. 102.1 CP); b) el sometido a esta medida de internamiento no puede abandonar el establecimiento sin autorización del órgano sentenciador (art. 102.2 CP); c) durante la ejecución de la sentencia el órgano sentenciador, deberá adoptar las decisiones de mantenimiento, cese, sustitución o suspensión de la medida de internamiento impuesta; y ello a la vista de la propuesta que formule –al menos anualmente-, el cual a su vez valorará los informes de los facultativos y profesionales que hayan prestado asistencia al sujeto concernido (arts. 97 y 98 CP y 187 Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario). Antes de adoptar la decisión, el órgano sentenciador oír la opinión de las víctimas del delito (art. 98.3 CP).
- Alguna o algunas de las medidas de seguridad no privativas de libertad previstas (arts. 105-108 CP).

Cuando no concurren todos los requisitos que exige el art. 20.2º CP para apreciar una eximente completa puede aplicarse la eximente incompleta del art. 21.1º CP. Se trataría, como señala la STS 2ª, 29.3.2011 de “estados intermedios”. La STS 2ª, 30.1.2014, menciona supuestos tales como ansiedad expresa provocada por el síndrome de abstinencia, en la asociación de la drogodependencia a otras situaciones o enfermedades deficitarias del psiquismo (oligofrenias leves, psicopatías u otras anomalías de la personalidad o cuando la antigüedad y continuidad han llevado a producir un deterioro de la personalidad.

En supuestos de eximente incompleta el órgano sentenciador puede imponer, además de la pena correspondiente al delito cometido, la medida de seguridad de internamiento prevista en el art. 102 CP, conforme a las siguientes reglas: a) La pena impuesta ha de ser privativa de libertad; b) la duración de la medida no puede exceder de la pena prevista por el CP para el delito cometido (art. 104.1 CP); c) la medida se cumplirá antes que la pena, aunque siendo de abono el tiempo de cumplimiento de la primera para la segunda (art. 99 CP).

Es circunstancia atenuante: “La de actuar el culpable a causa de su grave adicción a las sustancias mencionadas en el número 2.º del artículo anterior” (art. 21.2ª CP). Establece al respecto la STS 2ª, 29.3.2011: “La *atenuante ordinaria* por dro-

gadicción del artículo 21.2 se aplicará cuando el sujeto actúe *a causa de* su grave adicción a las drogas tóxicas, estupeficientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, debiendo incluirse también los supuestos de síndrome de abstinencia leve, en que la imputabilidad está disminuida pero en grado menor”. La STS 2ª, 24.7.2012, describe los elementos que han de concurrir, tanto en el caso de circunstancia de eximente incompleta como la atenuante.

3.3.- *Alternativas al ingreso en prisión de personas con adicciones.*

Nuestro ordenamiento penal prevé las siguientes alternativas al ingreso en prisión en personas que padecen adicciones.

a) El ingreso en centro sustitutivo de la prisión provisional (art. 508.2 LECrim), aplicable en sujetos que están sometidos a tratamientos de desintoxicación o deshabitación, a fin de no frustrar el resultado del tratamiento.

b) Suspensión de la ejecución de la pena. En caso de las penas privativas de libertad no superiores a 5 años, cuando (art. 87 CP): 1) Se haya cometido un hecho delictivo a causa de la dependencia a bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupeficientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos; 2) Se certifique suficientemente por centro o servicio público o privado acreditado u homologado que el condenado se encuentra deshabitado o sometido a tratamiento para tal fin; 3) Se recabe por el Juez o Tribunal informe del Médico Forense. La suspensión está condicionada a que el condenado no delinca en el período señalado (de tres a cinco años) y a no abandonar el tratamiento.

c) Sustitución de la pena privativa de libertad. Cabe sustituir las penas privativas de libertad para penas que no excedan de un año, por multas, trabajos en beneficio de la comunidad o incluso localización permanente (art. 88 CP) (56-57). Cabe imponer además de la pena de trabajos en beneficio de la comunidad, la obligación de seguir un programa específico de reeducación y tratamiento psicológico (RD 840/2011).

d) Sometimiento a medida de seguridad no privativa de libertad. La medida de internamiento sólo se aplicará “si fuere necesaria” (art. 102.1 CP) existiendo la posibilidad de aplicar una o varias de las medidas previstas en el art. 96.3 CP; es decir, medidas de seguridad no privativas de libertad. Básicamente, dos de estas son aquí de mayor interés. En primer lugar, la medida de libertad vigilada; en segundo lugar, la medida de custodia familiar (puntualmente podrían aplicarse igualmente alguna de las otras medidas enumeradas en el precepto).

La medida de libertad vigilada puede aplicarse por un tiempo no superior a los 5 años (hasta 10 si así lo dispone expresamente el CP) (art. 105.1.a) y 2.a) CP).

El espectro de medidas posibles dentro de la categoría de libertad vigilada es ciertamente amplio (art. 106 CP), pudiendo destacarse en adiciones las siguientes medidas: prohibición de acudir a determinados establecimientos, prohibición de desempeñar determinadas actividades, la obligación de participar en programas formativos y, muy especialmente, la obligación de seguir tratamiento médico externo o de someterse a un control médico periódico. Probablemente el legislador no fue demasiado afortunado, en cuanto a esto último, al emplear el término “médico”, ya que indudablemente el tratamiento de las adicciones es multidisciplinar, por lo que al trabajo desde los Equipos de Atención Primaria (58) ha de unirse el otros profesionales implicados (Trabajadores Sociales, Educadores, ...).

La custodia familiar probablemente debiera ser acompañada de otra u otras medidas. Pero, sobre todo, debiera efectivamente contar con el soporte extrafamiliar. El referente de los programas de tratamiento asertivo comunitario —aún guardando las distancias debidas, ya que en la materia aquí tratada no se trata “netamente” de trastornos mentales, pudiera servir de ayuda.

3.4.- *Liberación anticipada.*

Es aplicable la libertad condicional a reclusos cuando “según informe médico, se trate de enfermos muy graves, con padecimientos incurables” (art. 92.1, pfo. 2º CP). Esta posibilidad tiene especial interés cuando, como no ha sido infrecuente, a la adicción se suman determinadas patologías (VIH/SIDA, Hepatitis,...).

El fundamento de esta institución es fundamentalmente humanitario, como reconoce tanto la doctrina científica (59-60), como la jurisprudencia¹³. Aunque existen otros fundamentos concurrentes con el anterior, como razones de justicia material, al producir la enfermedad una merma de la fuerza física, la resistencia, la autonomía funcional y la agresividad, reduciéndose así la capacidad criminal y la peligrosidad social (61) o razones de equidad (62-63).

Han de concurrir determinados requisitos penitenciarios y médicos. A nivel penitenciario se requiere a) Estar clasificado en tercer grado de tratamiento penitenciario. b) Buena conducta. c) Pronóstico individualizado y favorable de reinserción social. d) Dificultad para delinquir y escasa peligrosidad. e) Tener satisfechas las responsabilidades civiles (arts. 90 y 92 CP).

Desde la perspectiva médica algunos autores identifican la gravedad de la enfermedad con la fase terminal (63-66). Y esta es la posición que adopta la Fiscalía General del Estado¹⁴. Otros —la mayor parte—, por el contrario consideran que no

¹³ Auto de la Sala de vacaciones del Tribunal Supremo de 19.8.1988.

¹⁴ Consulta 4/1990, de 5 de noviembre Fiscalía General del Estado.

es preciso que la enfermedad del recluso tenga carácter terminal (62, 67-71). Finalmente la DGIP encaró la cuestión de la determinación del tipo de enfermedad incurable en su Circular 1/2000, de 11 de enero, estipulando que un interno padece una enfermedad muy grave —a efectos de aplicación de los arts. 104.4 (progresión a tercer grado) y 196.2 RP 1996 (libertad condicional por enfermedad)— cuando cumpla alguno de los siguientes requisitos: 1) Riesgo de muerte estimado superior al 10% en el plazo de un año a pesar del tratamiento. 2) Riesgo de muerte estimado superior al 50% en el plazo de 5 años a pesar del tratamiento. 3) Índice de Karnofsky menor o igual al 50%. 4) Infección por VIH en estadio A3, B3 o C. 5) Trastorno psíquico crónico con actividad sintomática a pesar de haber seguido tratamiento durante más de seis meses, o con deterioro intelectual.

3.5.- *Indulto.*

El indulto es admisible para “los reos de toda clase de delitos”, pudiendo ser total o parcial (art. 1 Ley de 18 de junio de 1870, en adelante Ley 1870), admitiéndose la solicitud del mismo por los propios penados, sus parientes o cualquier otra persona en su nombre (art. 19 Ley 1870) (72). Mayor interés si cabe tiene el indulto particular iniciado por la propia institución penitenciaria. El art. 206.1 RP contempla la posibilidad de que la Junta de Tratamiento de un Centro Penitenciario, previa propuesta del Equipo Técnico, solicite del Juez de Vigilancia Penitenciaria la tramitación de un indulto particular. Es preciso para ello que el penado, de modo continuado y al menos durante dos años, cumpla “en un grado que se pueda calificar de extraordinario” las siguientes circunstancias: a) buena conducta, b) desempeño de una actividad laboral normal, en el Establecimiento o en el exterior y c) participe en las actividades de reeducación y reinserción. Obviamente, entre estas últimas tendría su ubicación el seguimiento de un programa de tratamiento contra la adicción que padezca, con notables resultados.

4.- *El ámbito civil.*

4.1.- *Incapacitación.*

Establece el art. 200 CC que “son causas de incapacidad las enfermedades o deficiencias *persistentes* de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma”.

- En primer lugar, se ha de tratar de una “enfermedad” o “deficiencia”, descartándose como causa de incapacidad, la existencia de conductas excéntricas, alternativas, atípicas o singulares ya que, al fin y al cabo, no dejan de ser legítimas manifestaciones del libre desarrollo de la personalidad (73).

- En segundo lugar, no hay mayor inconveniente en considerar las adicciones

como una deficiencia de carácter psíquico (aunque no sea inusual que venga acompañada de síntomas físicos, así el síndrome de abstinencia).

- En tercer lugar, dicha “deficiencia” ha de ser persistente. Podría afirmarse pues que “la deficiencia es, pues, un deterioro o impedimento, psíquico o físico, de carácter previsiblemente estable” (74). Así la exige la jurisprudencia¹⁵ y la doctrina científica, que alude a los conceptos de “estabilidad” (74) o de “habitualidad” (75).

A juicio de Calaza la adicción permanente al consumo de drogas o alcohol daría pie a demandar la incapacitación del sujeto afectado; sin embargo, el abuso ocasional de dichas sustancias no justificaría tal declaración judicial (73, 76). Abonan este distinto trato razones de operatividad, conveniencia y optimización de recursos (73). El alcoholismo podría constituir una causa de incapacitación cuando se trata de embriaguez habitual sin medida alguna y no la simple y ocasional ebriedad (77); otro tanto sucede con el resto de las toxicomanías, requiriéndose en ambos casos, para constatar este extremo, un dictamen detallado por parte de un especialista (77-78). No parece haber mayor inconveniente en que pudiera incapacitarse a una persona durante el tiempo que dure su rehabilitación/desintoxicación (79), pese a lo cual nos encontramos con el no irrelevante problema de la diferencia entre los tiempos judiciales y los rehabilitadores.

En el campo de las adicciones cabe pues plantear su relación con la prodigalidad (80), “ya que es frecuente que el adicto, con el fin de satisfacer su necesidad desvíe todos sus recursos a este fin, poniendo en peligro el sustento familiar o incluso generando un gravamen insoportable para los recursos del núcleo familiar”. De ahí que lo procedente, por lo general, sea la incapacitación parcial (76).

- En cuarto lugar, pero constituyendo el factor determinante para declarar la incapacidad civil, se exige la falta de autogobierno, tal como han señalado reiteradamente tanto la jurisprudencia¹⁶, como la doctrina científica (73-74). El autogobierno implica la “idoneidad de la persona para administrar sus intereses”¹⁷, noción de gran amplitud que hace referencia tanto al aspecto subjetivo o personal –atención y cuidado de la propia persona– como al objetivo patrimonial –administración, disposición o ambas cosas– de los propios bienes (73, 81)¹⁸. La inidoneidad para autogobernarse tiene su origen en déficits cognitivos y/o volitivos (73).

4.2.- Internamiento.

¹⁵ SSTS 1ª, 11.6.2004 y 20.11.2002.

¹⁶ STS 1ª, 28.7.1998.

¹⁷ STS 1ª, 14.7.2004.

¹⁸ STS 1ª, 14.7.2004.

La doctrina mayoritariamente es reacia a admitir la posibilidad de un internamiento involuntario para el tratamiento de toxicomanías o el alcoholismo, apoyada en la necesidad de que en este tipo de tratamiento concorra necesariamente su carácter voluntario (76, 82-83).

No obstante, existen algunos posicionamientos que matizan lo anterior, admitiendo el tratamiento en algunos casos.

Así Serrat, que en principio no considera adecuada la medida de internamiento involuntario para las personas con adicciones (especialmente en el ámbito de las drogodependencias, precisamente porque la base del tratamiento es la voluntariedad), admite sin embargo que, “en circunstancias excepcionales” pueda recurrirse a esta medida a fin de proteger “la propia integridad o vida del toxicómano o la protección de terceros” (76).

Santos Morón también defiende la inadecuación del internamiento/tratamiento involuntario de alcohólicos y toxicómanos en general (83), si bien admite dichas medidas, teniendo como referencia la legislación¹⁹ y jurisprudencia²⁰ del Reino Unido, que invocan el test de tratabilidad (*treatability test*) que justifica el ingreso involuntario en supuestos de desórdenes psicopáticos o deficiencia mental no severa, si ello puede aliviar o prevenir el deterioro de su estado. Justifica con tal base que cabe admitir el internamiento involuntario de alcohólicos y toxicómanos cuando se pueda mejorar su estado o evitar su deterioro, no exista otra alternativa menos gravosa y la persona concernida no colabore. Debiendo eso sí tener una prudencial duración, de forma que si el adicto “no adquiere conciencia de sus problemas y sigue rechazando la participación en la terapia, debe ponerse fin al tratamiento” (vía art. 763.4 LEC, *in fine*, es decir por alta médica).

Diferente es el caso de la patología dual, cuando concurre una drogodependencia y un trastorno mental. Alventosa, por ejemplo, considera factible el internamiento en supuestos tales como el síndrome psicótico (con delirios, trastornos confusionales y alucinaciones) provocado por el consumo de cocaína o determinados cuadros en el alcoholismo (alucinosis alcohólica o de Wernicke, delirium tremens o ciertos tipos de demencias) (79).

Ilustrativa en este campo es la SAP Barcelona de 12.4.2012²¹, que justificó el internamiento de una persona con patología dual al estimar que “precisa[ba] un

¹⁹ Sec. 3 (2) b de la Mental Health Act en su redacción original; actualmente está derogada.

²⁰ *Re v. Cannos Park Mental Health Review Tribunal*, ex parte A (1994) 2 All ER 659 y *R v. Secretary of State of Scotland* 1998 S.C. 49, 2, Div.

²¹ SAP Barcelona (Civil, Sec. 18ª), 12.4.2012.

largo internamiento para alejarse del mundo de las drogas a fin de deshabituarse de su ingesta y poder entonces, llevar a cabo el correspondiente tratamiento de su enfermedad mental”.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Vidal M. Bioética. Estudios de bioética racional. Madrid: Tecnos, 1989.
- 2.- Reich WT. The Word “Bioethics”: Its Birth and the Legacies of those Who Shaped It. Kennedy Institute of Ethics 1994; 4 (4): 319-335.
- 3.- Potter VR. Bioethics: A Bridge to the Future. New Jersey: Englewood Cliffs, Prentice-Hall; 1971.
- 4.- Gafo J. Historia de una nueva disciplina: la Bioética. En: Romeo Casabona CM, Coord. Derecho biomédico y bioética. Granada: Comares, 1998 p. 87-111.
- 5.- Jonsen AR, Toulmin S. The Abuse of Casuistry. A History of moral reasoning. Los Angeles: University of California Press; 1988.
- 6.- Atienza M. Juridificar la Bioética. Isonomía: Revista de Teoría y Filosofía del Derecho, 1998: 75-99.
- 7.- Almodóvar Iñesta M. El consumo de alcohol en las vías públicas: régimen jurídico y competencias administrativas. Madrid: Civitas, 2003.
- 8.- Masip Segarra JM. Prevención de riesgos laborales: estrategias, gestión y prevención de las adicciones en el mundo laboral. Madrid: Síntesis; 1999.
- 9.- Moreno R. Drogodependencias y salud laboral. Madrid: GPS; 2002.
- 10.- Pérez Pineda B, García Blázquez M., García-Blázquez Pérez M. Fundamentos médico-legales de la incapacidad laboral permanente. Granada: Comares; 2000.
- 11.- Orós Muruzábal M, Vaccarezza L, Vivas Larruy A. Dependencias y toxicomanías. En: Rivas Vallejo P, Dtora. Tratado médico-legal sobre incapacidades laborales. Cizur Menor (Navarra), 2006.
- 12.- Romeo Casabona CM. La relación entre la Bioética y el Derecho. En: Derecho biomédico y bioética. Granada: Comares, 1998.
- 13.- Romeo Casabona, CM. El Derecho y la Bioética ante los límites de la vida humana. Madrid: Cera, 1994.
- 14.- Casado M. Los derechos humanos como marco para el Bioderecho y la Bioética. En: Romeo Casabona CM, Coord. Derecho Biomédico y Bioética, Granada: Comares; 1998.
- 15.- The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 30.9.1978. DHEW Publication No. (OS) 78-0012.
- 16.- Beauchamp TL, Childress JF. Principios de Ética Biomédica, Barcelona: Masson, 1998.
- 17.- Laín Entralgo P. La medicina hipocrática. Madrid: Alianza, 1982.
- 18.- Pollack SG. Life and Death Decisions: Who Makes Them and by What Standards?. Rutgers Legal Review 1989; 41: 505-540.
- 19.- Frankena W. Ethics. 2ª ed. New Jersey: Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1973.
- 20.- Moss KL. Forced Drug or Alcohol Treatment for Pregnant and Postpartum Women: Part of the Solution of Part of the Problem? New England Journal on Criminology and Civil Confinement 1991; 17: 1-16.

- 21.- Kimbel AS. Pregnant Drug Abusers are Treated like criminals or not treated at all: a third option proposed. *Journal of Contemporary Health Law and Policy* 2002-2003; 19 (2): 521-552.
- 22.- Hipócrates. *Epidemias*. En: *Tratados Hipocráticos*. Madrid: Gredos, 1989.
- 23.- Hartgers C, Buning EC, Van Santen GW, Verster AD, Countinho RA. The impact of the needle and syringe-exchange programme in Amsterdam in injecting risk behavior. *AIDS* 1989; 3 (9): 571-576.
- 24.- Buning E. AIDS-Related Interventions Among Drug Users in the Netherlands. *International Journal on Drug Policy* 1990; 1 (5): 10-13.
- 25.- Barrios Flores LF. Programas de intercambio de jeringuillas en prisión. *Revista Española de Drogodependencias* 2002; 27 (2): 159-190.
- 26.- Izuzquiza D. Reflexiones éticas sobre los programas de sustitución para dependientes a opiáceos. *Revista de Fomento Social* 1999; 214: 197-219.
- 27.- Wikler D. Paternalism and the Mildly Retarded. En: Sartorius RE. *Paternalism*. Minneapolis: University of Minnesota; 1983 p. 85-91.
- 28.- Garzón Valdés E. ¿Es éticamente justificable el paternalismo jurídico? *DOXA* 1988; 5: 155-173.
- 29.- Murphy JG. Incompetence and Paternalism. *Archivfur Rechts-und Sozialphilosophy* 1974; LX (4): 465-486.
- 30.- Fotion N. Paternalism. *Ethics* 1979; 89 (2): 191-198.
- 31.- Vázquez R. ¿Es éticamente justificable penalizar la posesión de drogas para consumo personal. En: Vázquez R, Comp. *¿Qué hacer con las drogas?* México: Fontamara; 2009 p. 61-74.
- 32.- Szasz TS. The Ethics of Addiction. *American Journal of Psychiatry* 1971; 128: 541-546.
- 33.- Szasz T. The Ethics of Addiction: An Argument in Favor of Letting Americans Take Any Drug They Want. En: Arthur J., Scalet S, editors. *Morality and Moral Controversies: Reading in Moral, Social, and Political Philosophy*. 8ª edic. New Jersey: Pearson Prentice Hall, Upper Saddle River; 2009 p. 514-521.
- 34.- Tomás-Valiente Lanuza C. La disponibilidad de la propia vida en el Derecho penal. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales/BOE, 1999.
- 35.- Roxin C. Transformaciones de la teoría de los fines de la pena. En: AA.VV. *Nuevas formulaciones de las Ciencias Penales. Homenaje a Claus Roxin*. Córdoba (Argentina), 2001.
- 36.- Mapelli Caffarena B. La crisis de nuestro modelo legal de tratamiento penitenciario. *Eguzkilore* 1989, Extra 2: 99-112.
- 37.- Colmenero García MD. El tratamiento penitenciario: límites y presupuestos. *Revista Jurídica de la Región de Murcia* 1996; 22: 11-26.
- 38.- Morris N. *El futuro de las prisiones*, 5ª edic. México: Siglo XXI, 1998.
- 39.- Gracia D. *Fundamentos de Bioética*, 3ª edic., Madrid: Triacastela, 2008.
- 40.- Rawls J. *A Theory of Justice*. New York: Harvard University Press, 1971.
- 41.- Daniels N. Health-care needs and distributive justice. *Phylosophy and Public Affairs* 1981; 10: 146-179.
- 42.- Daniels N. *Just health care*. New York: Cambridge University Press, 1985.
- 43.- Daniels N, Sabin J. *Setting Limits Fairly: Can We Learn to Share Medical Resources?* New York: Oxford University Press, 2002.
- 44.- Rawls J. *Justice as Fairness: A Restatement* (Ed. Erin Kelly). Cambridge (Massachusetts): The Belknap Press of Harvard University Press, 2001.

- 45.- Del Cerro Esteban JM. La Fiscalía General del Estado en materia de drogodependencias. En: Delgado Bueno S, Torrecilla Jiménez JM, Edit. Medicina Legal en Drogodependencias. Madrid: Agencia Antidroga-Consejería de Sanidad y Servicios Sociales-Comunidad de Madrid; 1999, p. 65-89.
- 46.- Alexy R. Teoría de los derechos fundamentales. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1997.
- 47.- Ferrajoli L. Derechos y garantías: la ley del más débil. Madrid: Trotta, 1999.
- 48.- Adorno TW, Horkheimer M. Dialéctica del iluminismo. Buenos Aires: Sur; 1971.
- 49.- León Alonso M. La protección constitucional de la salud. Las Rozas (Madrid), 2010.
- 50.- Cantero Martínez J. La configuración legal y jurisprudencial del derecho constitucional a la protección de la salud. Revista Vasca de Administración Pública 2008; 80: 15-54.
- 51.- Alexy R. Sobre los derechos constitucionales a protección. En: Alexy R et al. Derechos sociales y ponderación. Madrid: Fundación coloquio jurídico europeo; 2007 p. 45-84.
- 52.- García Pelayo M. Las transformaciones del Estado contemporáneo. Madrid: Alianza Universidad, 1987.
- 53.- Díez Ripollés JL, Muñoz Sánchez J. La licitud de la autoorganización del consumo de drogas. Libertas 2003; 1: 111-154.
- 54.- Gómez Pavón P. El delito de conducción bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas y estupefacientes: y análisis del artículo 383 del Código Penal 4ª edic., Barcelona: Bosch, 2010.
- 55.- Cuesta Pastor P. El delito de conducción bajo la influencia de bebidas alcohólicas y el sistema de sanción por puntos de la Ley 17/2005, de 19 de julio. Madrid: Dykinson, 2012.
- 56.- Mapelli Caffarena B. Las consecuencias jurídicas del delito, 4ª edic. Cizur Menor (Navarra): Thomson-Civitas, 2005.
- 57.- Téllez Aguilera A. Nuevas penas y medidas alternativas a la prisión. Madrid: Edisofer, 2005.
- 58.- Casado Vicente V, Araúz Palacios D. Intervención en drogas desde Atención Primaria: revisión de guías clínicas. Adicciones 2004; 16 (3): 225-234.
- 59.- Vega Alocén M. La libertad condicional en el derecho español, Madrid: Civitas, 2001.
- 60.- Prats Canut JM. Comentarios al nuevo Código Penal. Madrid: Aranzadi, 1996.
- 61.- Sánchez Yllera I. Arts. 1-233. En: Vives Antón S. Comentarios al Código Penal de 1995, T. I. Valencia: Tirant lo Blanch, 1996.
- 62.- Bustos Ramírez J. Manual de Derecho Penal. Parte General. Barcelona: PPU; 1994.
- 63.- Prieto Rodríguez JI. La libertad condicional en el derecho español (I y II). Actualidad Penal 1990; 20-21.
- 64.- Manzanares Zamaniego JL. Arts. 90-93. En Conde-Pumpido Ferreiro C, Dir. Código Penal. Doctrina y Jurisprudencia, T. I, 1ª edic., Madrid: Trivium, 1997.
- 65.- Gasque López J., Fombellida Velasco L. Aspectos médico-forenses del artículo 60 del RP. Revista Española de Medicina Legal 1991; 66-69.
- 66.- Gisbert Jordá T. SIDA y Derecho Penitenciario. En: Problemas del tratamiento jurídico del SIDA. Cuadernos de Derecho Judicial (Consejo General del Poder Judicial) 1995; IV.
- 67.- Cervelló Donderis V. Derecho Penitenciario. Valencia: Tirant lo Blanch, 2001.
- 68.- Mapelli Caffarena B. Normas penitenciarias en el Anteproyecto de Código Penal de 1992. En: Política Criminal y reforma penal. Homenaje a la memoria del Prof. Dr. D. Juan del Rosal. Madrid, 1993.

- 69.- Serrano Butragueño I. Arts. 90-93. En: Del Moral García A, Serrano Butragueño I, Coords. Código Penal. Comentarios y Jurisprudencia, T. I. Granada: Comares; 2002.
- 70.- Ríos Martín JC. Manual de ejecución penitenciaria. Defenderse de la cárcel, 2ª edic., Madrid, 2001.
- 71.- Aguilera Reija M. Libertad condicional anticipada por enfermedad grave e incurable. Cuadernos de Derecho Penitenciario Ilustre Colegio de Abogados de Madrid 1999; 6.
- 72.- Llorca Ortega J. La ley de indulto: comentarios, jurisprudencia, formularios y notas para su reforma. Valencia: Tirant lo Blanch, 1997.
- 73.- Calaza López S. Los procesos sobre la capacidad de las personas. Madrid: Iustel; 2007.
- 74.- Roca Guillamón J. Comentario al art. 200. En: Comentario al Código Civil, Tomo I. Madrid: Ministerio de Justicia, 1991.
- 75.- Cabrera Mercado R. El proceso de incapacitación. Madrid: Monografía McGraw-Hill, 1998.
- 76.- Serrat Moré D. Problemas médico-legales del consumo de drogas", Adicciones: Revista de Sociodrogalcohol 2003; 15 (1): 77-89.
- 77.- García-Lubén Barthe P. El proceso de incapacitación por enfermedades o deficiencias físicas o psíquicas. Análisis del procedimiento actual y del previsto en la nueva Ley de Enjuiciamiento Civil. Granada: Colex, 1999.
- 78.- Rey Huidobro LF. Proyección de los estupefacientes en el ámbito del Derecho Civil. Boletín de Información del Ministerio de Justicia 1984; 38 (1337).
- 79.- Alventosa del Río J. Incapacitación y drogodependencias. Revista española de drogodependencias 2013; 1: 67-81.
- 80.- Carrión Olmos S. Prodigalidad y adicciones. Revista española de drogodependencias 2010; 2: 237-256.
- 81.- Albácar López JL, Martín-Granizo Fernández M. Código Civil. Doctrina y Jurisprudencia, T. I, Vol. 2º (Artículos 90 a 332), 4ª edic. Madrid: Trivium, 1995.
- 82.- Ramos Chaparro E. El internamiento de incapaces presuntos. Revista General de Legislación y Jurisprudencia 1988 Sep.: 479-540.
- 83.- Santos Morón MJ. El supuesto de hecho del internamiento involuntario en el artículo 763 LEC 1/2000. Valencia: Tirant lo Blanch, 2002.

5.5.- ¿Es posible una política alternativa ante el fenómeno social de las drogas?

Xabier Arana, Iñaki Markez

Cada cierto tiempo se suele apelar, sobre todo en los medios de comunicación, a la necesidad de cambiar la actual política prohibicionista en materia de drogas. Por ejemplo, el ex presidente del gobierno español, Felipe González, defendía “la ‘eliminación de la prohibición’ como mejor solución para luchar contra el narcotráfico y la violencia que conlleva” (1) y abogaba por la necesidad de “un acuerdo internacional que se cumpla entre todos” los Estados. Solicitud demandada junto a otros expresidentes de gobierno y personalidades donde pedían abiertamente la legalización: Vicente Fox y Ernesto Zedillo en México César Gaviria, Fernando Henrique Cardoso y Ernesto Samper, de Colombia; Manuel Zelaya de Honduras o Fernando Henrique Cardoso y Lula da Silva de Brasil, el exdirector de la ONU Kofi Annan, el escritor Vargas Llosa y el ex secretario general de la OTAN Javier Solana (2). A raíz de estas declaraciones, Bonino y Pannella (3) consideran “necesario y urgente plantear el problema político mundial del fracaso del prohibicionismo en materia de sustancias estupefacientes”, se muestran partidarios de la necesidad de “una conferencia internacional en la que implicar plenamente también a Europa” y reconocen que “la ideología del prohibicionismo también ha cancelado el debate sobre los hechos, nadie ha planteado la cuestión de cuántos miles de millones de euros, incluso en los países pobres, se invierte diariamente en las políticas que crean rentas exponenciales solo a las narcomafias”. Son numerosas las personalidades mundiales que abogan por despenalizar los consumos y se abre paso una política de reducción de daños. Y más y más los laboratorios, agencias y gobiernos que liberalizan estas sustancias autorizando su prescripción por parte de neurólogos, neurocirujanos y psiquiatras aunque la legalización de las drogas no esté en la agenda política.

El 17 de mayo de 2013, la Organización de Estados Americanos (OEA), tras la revisión sobre las políticas de drogas en el hemisferio que le fuera encomendada por los Jefes de Estado en el marco de la Séptima Cumbre de las Américas celebrada en 2012 en Cartagena, Colombia, se plantearon los escenarios para el problema

de drogas en las Américas 2013-2025, con un Informe de Escenarios, en el que se señalaban distintas posibilidades para distintos modelos regulatorios, elaborado sobre la base de las opiniones y visiones de futuro de académicos, líderes políticos, líderes sociales y expertos de todo el continente, que representaban todas las vertientes del problema. Se contempla la opción de tener mercados de drogas regulados y legales.

Las críticas a la política prohibicionista han sido llevadas a cabo desde hace ya tiempo por personas de ideologías muy distintas. La mayoría de las reprobaciones se basan en el fracaso de dicha política, según los objetivos declarados, disminución de la oferta y disminución de la demanda. En este contexto, además de las personas citadas, otras como Alessandro Baratta, Antonio Beristain, Giusto Catania, Nils Christie, Rosa Del Olmo, José Luis Díez Ripollés, Antonio Escohotado, Milton Friedman, Gabriel García Márquez, Louk Hulsman o Thomas Szasz, etc., han coincidido en la crítica a las políticas prohibicionistas, sin embargo, no todas estas personas son partidarias de las mismas alternativas.

1. Evidencias

De la experiencia acumulada en las últimas décadas, disponemos de certezas claras y manifiestas que pueden ser de gran ayuda a la hora de reflexionar y aportar criterios que nos ayuden a sentar las bases de una política diferente a la actual:

- Las drogas y sus diversos usos y consumos, son una parte importante de la humanidad. No se puede acabar con las drogas.
- Las drogas no son dañinas de por sí (depende de la cantidad, del uso que se haga, de la situación personal de quien consume y, también, del contexto en el que se consuma, pueden tener efectos beneficiosos o perjudiciales. Su uso no implica necesariamente problemas (4), más bien, determinados consumos pueden suponer riesgos que sectores diversos de la población (no únicamente los jóvenes) desean experimentar.
- Las drogas también aportan aspectos positivos que necesariamente se debe tener en cuenta (5,6). No es posible hacer una política sobre drogas donde básicamente se tengan en cuenta los aspectos más negativos de una serie -que no de todas- de drogas.
- Nuestros hábitos sociales, culturales y económicos están inmersos en una sociedad de consumo donde, gran parte de los estímulos se destinan a crear la necesidad de consumir todo tipo de productos. También algunas drogas como

alcohol, tabaco, café o fármacos. En un contexto de sociedad consumista, la política prohibicionista trata de imponer el *NO a las drogas*, sin embargo dicha imposición no va dirigida a todas las drogas sino a las sustancias incluidas en las Listas de sustancias estupefacentes de los Convenios Internacionales.

- Según los datos que actualmente disponemos, la situación actual es altamente clarificadora:
 - o Con la política prohibicionista, incluso en espacios cerrados y custodiados, las personas que quieren consumir este tipo de sustancia, si tienen recursos económicos, la prohibición no es un obstáculo para su obtención y consumo. Esto ocurre en las cárceles o, en menor medida, en cuarteles, hospitales psiquiátricos, centros de acogida de menores, ... Incluso, cuando esta política se lleva hasta extremos insospechados –por ejemplo, en los Estados Unidos- “nos permite observar (...) [su] ineficacia política” (7). Por tanto, “la prohibición legal no logra disminuir y menos suprimir el consumo de ‘drogas’” (8,9) Los efectos secundarios consecuencia de la política prohibicionista, relacionados con la salud, lo social, lo económico, lo político, etc. y, sobre todo, la interrelación de estos efectos secundarios, exigen cambios profundos desde el ámbito internacional hasta el local.
 - o En los usos de algunas sustancias hoy en día consideradas ilegales “los riesgos personales principales pueden provenir del propio sistema legal y penal, más que los riesgos para la salud o la forma en que son usadas (10).
- La humanidad tiene amplia experiencia en diferentes maneras de relacionarse y regular las cuestiones relacionadas con las drogas. Por tanto, es fundamental aprender a convivir con estas sustancias. La práctica demuestra que se pueden hacer usos responsables y/o moderados de diferentes tipos de drogas (desde las hoy en día promocionadas hasta las que son consideradas ilegales).
- El control internacional prohibicionista respecto a las sustancias denominadas drogas tóxicas, estupefacentes y sustancias psicotrópicas no es algo estático sino, más bien, un proceso continuo (11). Según las necesidades históricas de cada momento, el prohibicionismo –dentro de su rigidez- tiene recursos para adaptarse a realidades muy diversas. Empleando la terminología expuesta por Levine (7), desde la *prohibición punitiva* (Estados Unidos) hasta al *prohibición tolerante* (Holanda). La mayor o menor dureza de las políticas de drogas no tiene una relación directa con los efectos más o menos nocivos de determinadas sustancias sino, sobre todo, con cuestiones económicas, políticas e ideológicas.

- Desde el conocimiento científico actual, los motivos por los que se introdujeron la hoja de coca y el cáñamo en los diversos Convenios Internacionales en esta materia, no disponen de base suficiente (12).
- Las políticas en materia de drogas deben basarse en el respecto de los Derechos Humanos (13) y en la profundización en los derechos y libertades propios del Estado social y democrático de Derecho.

En un informe encargado por la Comisión Europea (9), se recogen, entre otras, las siguientes conclusiones:

- No hay pruebas de que el denominado problema mundial relacionado con los estupefacientes se haya reducido desde 1998 y 2007. Como se recordará, en el año 1998 se celebró en Nueva York la Asamblea General de Naciones Unidas sobre drogas (UNGASS)¹ (14), donde se hicieron propuestas para la conseguir una fuerte reducción de la producción de las denominadas drogas ilícitas para el año 2008, por medio de la cooperación internacional y diversas medidas respecto a la reducción de la oferta y la demanda de estas sustancias. Si en la Convención de 1998 volvieron a repetir el lema *un mundo libre, podemos conseguirlo*, en la sesión Especial de NN.UU. de 2008 fue *librar al mundo de las drogas*, es decir, más de lo mismo con un balance muy similar en cuanto a consumos y consumidores que en décadas anteriores (15). El denominado problema de las drogas, desde una perspectiva general, se ha aliviado en los países con más recursos y se ha exacerbado en algunos de los otros países.
- El consumo de cannabis se ha convertido en parte del desarrollo de los adolescentes en muchos países de los que más recursos tienen, sin embargo, muchos de esos consumos no continúan más allá de los primeros años de la edad adulta.
- Sólo una pequeña minoría, relativamente pequeña, tiene acceso a los ingentes beneficios provenientes del tráfico ilícito de estas sustancias.
- No hay pruebas que corroboren que la fiscalización pueda reducir la producción mundial de las denominadas drogas ilegales ni su tráfico. Sin embargo, las políticas respecto a los vendedores y traficantes se han endurecido.
- La reducción de la demanda recibe un acento cada vez mayor.
- Uno de los principales obstáculos para la descripción de los problemas y las políticas relacionadas con el denominado problema mundial de las drogas, así

¹ Para mayor profundización sobre las resoluciones aprobadas en UNGASS, ver: <http://www.tni.org/archives/act/17993>

como para la evaluación de la eficacia de dichas políticas, se encuentra en la debilidad de los datos existentes y la falta de información pertinente.

2. Crisis de la política prohibicionista

A juicio de Levine (16), desde principios de la década de los años ochenta, la prohibición global de drogas ha tenido que hacer frente a una serie de momentos cruciales o de crisis. Para este autor tres son los motivos de la crisis: a) la reducción de daños sin la prohibición de drogas; b) una mayor oposición a los castigos de las políticas en materia de drogas; y c) la cuestión del cannabis. A corto plazo, “la crisis se puede aumentar por la prohibición del cannabis y por las políticas punitivas criminalizadoras en materia de drogas”. A largo plazo, “por la variedad de razones prácticas e ideológicas, particularmente en el ámbito de la democracia y cambios económicos”.

Son conocidas las consecuencias de las legislaciones prohibicionistas: elevada población consumidora fuera de la ley; cambios en la identidad y perfil de las personas usuarias; se generan poderosas redes e industrias ilegales; las necesidades creadas en el mercado ilegal favorecen la difusión de sustancias ilícitas así como ciertos modos de consumo de mayor riesgo (17).

Aunque algunas de las políticas y de los programas de reducción de daños se han puesto en marcha con la política prohibicionista, sí han favorecido la crisis del prohibicionismo, sobre todo, cuando esta política era un serio impedimento para desarrollar políticas de salud pública (reparto de jeringuillas esterilizadas, impedimento para llevar a cabo usos terapéuticos, etc.). De igual modo, en la medida en que se conoce a quién se aplica las largas condenas por tráfico de drogas, y la situación carcelaria en la que se encuentran², las críticas a la política prohibicionista aumentan. Según Levine (7) “la reducción de daños ha sido el primer movimiento internacional popular en retar a la demonización de las drogas, así como a las formas más punitivas de la prohibición”.

² Según datos del último *Anuario Estadístico del Ministerio del Interior* (2010:212), de las 76.079 personas ingresadas en prisiones españolas, a 31 de diciembre de 2009, en el caso de los varones (92,01% del total de la población carcelaria), el 28% cumple condena por delitos contra la salud pública y el 39,5% por delitos contra el patrimonio y el orden socioeconómico. Entre ambos delitos suponen el 67,5%. En el caso de las mujeres (7,99% del total de la población carcelaria), más de la mitad (51,3%) están en prisión por delitos contra la salud pública y el 30,7% por delitos contra el patrimonio y el orden socioeconómico. Estos delitos, en el caso de las mujeres, supone más de cuatro de cada cinco casos (82%). Gran parte de estas mujeres proceden de Latinoamérica y han arriesgado sus vidas haciendo de *mulas*, llevando las sustancias -generalmente cocaína- bajos sus ropas y, otras veces, las habían ingerido.

La política prohibicionista en torno al cannabis tiene sus profundas contradicciones y ha colaborado en el aumento de la crisis. El papel que le ha sido asignado al cannabis en la construcción del *problema droga* ha sido muy significativo: el cannabis como droga cuyo consumo tenía capacidad para potenciar la violencia, la comisión de actos delictivos, o como puerta de entrada hacia otras sustancias más peligrosas (teoría de la escalada). Las evidencias científicas (18) y de muchas personas consumidoras han demostrado que dichas afirmaciones no se ajustan a la realidad. Cuando hemos hecho mención al informe encargado por la Comisión Europea (9) se ha recogido, entre sus conclusiones, la mención a lo normalizado que está el uso de cannabis, como parte del desarrollo de las personas adolescentes en muchos países de la Unión Europea y de otros lugares del mundo y cómo, pasados unos años, dejan de consumir esa sustancia.

Los datos disponibles en el Estado español en el Anuario Estadístico del Ministerio del Interior (19) evidencian que, todavía hoy en día, gran parte del control social formal llevado a cabo por el Cuerpo Nacional de Policía y la Guardia Civil³ se lleva a cabo por la tenencia o el consumo en público de derivados del cáñamo, según el art. 25 de la Ley de Seguridad Ciudadana. El aumento de denuncias por dicho art. ha sido espectacular desde el año 2000 (81.302), hasta el año 2009 (351.927). En estos diez años, las denuncias han superado en más de cuatro veces. En el año 2005, el 78,17% del total de las denuncias estaban relacionadas con los derivados del cannabis, mientras que en el año 2009, fueron del 82,81%, es decir más de cuatro de cada cinco denuncias. Desde el año 2008 al 2009, aumentaron un 23,32% debido “en gran medida a los Planes Operativos de respuesta policial al tráfico minorista de drogas, puestos en marcha a primeros del 2006 en los ‘centros educativos y sus entornos’ y en las ‘zonas de ocio’”. Estos datos ponen de manifiesto que, aunque existe un proceso de normalización o legalización de facto (5,20,21) en relación al cannabis, para las miles y miles de personas sancionadas por tenencia o consumo en público, esa normalización está muy lejos de conseguirse.

La referencia al cannabis tiene su importancia porque es la sustancia considerada ilegal que más se consume en el mundo —según un reciente *Informe Mundial sobre las Drogas*, alrededor de 170 millones de personas (22)- y porque es un bastión para la política prohibicionista. Es más, para Matthews (23) “la burocracia de la droga necesita el cannabis en parte por motivos institucionales, cuando el nivel de consumo convierte a la droga en un ‘problema a gran escala’ que requiere

³ No se tiene en cuenta las denuncias llevadas a cabo por otras Policías Autonómicas (Ertzaintza y Mossos d'esquadra), ni Policías Municipales.

una respuesta correspondiente”. Por tanto, una regulación diferente en materia de cannabis, podría contribuir de manera decisiva a reducir considerablemente en denominado ‘*problema droga*’.

Diversos grupos formados por redes, asociaciones, ONGs, centros de investigación y fundaciones⁴, caracterizados —desde su capacidad de análisis, de evaluación, de basarse en la evidencia científica, de de protección de los Derechos Humanos, de las políticas de reducción de daños, etc.— por su interdisciplinaridad, por poner de manifiesto las consecuencias de la política prohibicionista y por la proposición de políticas alternativas, han contribuido en gran parte a evidenciar la crisis del prohibicionismo y la necesidad de un cambio en la política del fenómeno social de las drogas.

3. Consumidores de drogas y la legislación en la UE. ¿Sanción o tratamiento?

La legislación de la Unión Europea desde hace más de una década en materia de drogas manifiesta su pretensión de equilibrio entre la sanción y el tratamiento. Los países firmantes de dicha convención están obligados a abordar el tema de la posesión ilegal de drogas para consumo personal, aunque conservan la libertad de decidir y concretar el tipo de medidas y políticas que deben adoptarse en ese caso.

Sin embargo, si comparamos el texto de la ley con la práctica real, las diversas posturas estatales en la UE son, en realidad, menos divergentes de lo que cabría esperar. En muchos países las autoridades judiciales y administrativas buscan oportunidades para no condenar a los autores de este tipo de delitos o intentan

4 Por medio de sus publicaciones y de sus páginas *web*, se puede acceder a una rica y variada información para conocer de primera mano lo que ocurre no sólo en la Unión Europea, Norteamérica, y Australia, sino también en Centro y Sudamérica, África, Asia y países del este de Europa. Algunas de las más importantes se detallan a continuación.

- Coalición Europea por Políticas de Drogas Justas y Eficaces (ENCOD), www.encode.org
- Transnational Institute (TNI), www.tni.org/drogas
- Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos (WOLA), www.wola.org
- El Centro de Investigación Drogas y Derechos Humanos (CIDDDH), <http://www.cidddh.com/es/que.php>
- Beckey Foundation Drug Policy Programme (BFDPP), <http://www.beckeyfoundation.org/policy/>
- Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC), www.idpc.net
- The International Harm Reduction Association (IHRA), www.ihra.net
- Drug Policy Alliance (DPA), <http://www.drugpolicy.org>

acuerdos alternativos que sustituyan a las sanciones severas mediante multas, retirada del carnet de conducir, etc.

Por otro lado, los datos indican que aumenta la acción policial contra los consumidores de drogas, posiblemente debido a una mayor prevalencia del consumo. Siguen llegando a los tribunales casos de consumo personal e ilícito de drogas y dictándose sentencias que envían a la cárcel, sobre todo, a autores reincidentes de estos delitos (24). Esta incoherencia en la aplicación de la ley puede confundir a la sociedad y afecta además a la credibilidad del sistema jurídico en lo relativo al consumo personal de drogas.

Señalemos algunos aspectos relativos a las personas drogodependientes y la ley, que están en la base de las orientaciones en la U.E.:

1. Los convenios y convenciones de las Naciones Unidas sobre estupefacientes dejan a los países un margen de maniobra para controlar como consideren conveniente la posesión ilegal de drogas para consumo personal, sin especificar la sanción o condena.

La legislación internacional sobre las drogas está basada en los convenios y convenciones de las Naciones Unidas de 1961, 1971 y 1988. El artículo 3.2 de la Convención de 1988 solicitó por primera vez a los países firmantes de dicho acuerdo que tipificaran la posesión de drogas para consumo personal como delito, pero supeditaba esta solicitud a los principios de los sistemas jurídicos nacionales dejando a cada país vía libre para decidir las medidas políticas concretas a adoptar. Así, los países firmantes no se estaban obligados a aprobar medidas legales uniformes contra la posesión de drogas para consumo personal.

2. La legislación sobre las drogas es variable pero hay signos de convergencia.

Las leyes que regulan el consumo y posesión de drogas varían de forma considerable de un país a otro de la UE. En algunos países la ley prohíbe la posesión de drogas para consumo personal y prevé penas de prisión en estos casos. En otros países imponen sanciones más leves, si bien prohíben el consumo y posesión de drogas. Hay países que no consideran delito la posesión de drogas para consumo personal.

La evolución observada en los últimos cinco años muestra que los sistemas penales de los diversos Estados miembros tienden a contar con leyes y directrices similares para hacer frente a este consumo de drogas y en esta evolución se aprecia una clara tendencia hacia la adopción de medidas más indulgentes ante el consumo personal de drogas.

En España, Italia y Portugal no se aplican sanciones penales por posesión de cualquier tipo de droga para consumo personal; en lugar de sanciones penales, se aplican normalmente sanciones administrativas; en los casos de adicción se solicita el inicio de un tratamiento. En Bélgica, Dinamarca, Alemania y Austria, las leyes y directivas señalan que no debe castigarse a las personas acusadas por primera vez de posesión ilícita de drogas, especialmente de cánnabis; en lugar de ello se «invita» a esas personas a abandonar el consumo de drogas mediante advertencias y la libertad condicional. En los Países Bajos, la ley prohíbe la posesión para consumo personal de pequeñas cantidades de cánnabis, aunque haya tolerancia social e institucional para su compra y consumo en ciertos espacios.

3. Las autoridades judiciales de la mayoría de los Estados miembros de la UE tienden a no imponer sanciones penales por delitos relacionados con el consumo y posesión de drogas, favorecen la adopción de medidas alternativas a la sanción penal tradicional por consumo y posesión de drogas para uso personal. Sin embargo, las acciones contundentes, incluidas las penas de prisión, son aún las sanciones que más habitualmente se imponen a los drogodependientes que venden drogas o cometen algún delito contra la propiedad, especialmente si son reincidentes.

En algunos países la mayor parte de los arrestos se producen por consumo o por posesión de drogas para consumo personal, mientras que los delitos por tráfico de drogas son mucho menos habituales.

4. En la actualidad, las medidas alternativas al procedimiento judicial -normalmente medidas de tipo terapéutico o social- se encuentran disponibles en todos los países de la UE pero su aplicación y efectividad siguen siendo muy variables.

Las investigaciones muestran que el tratamiento de los consumidores de drogas en el sistema judicial penal puede dar buenos resultados (25), tanto si se trata de medidas terapéuticas para drogodependientes como si se trata de medidas educativas para consumidores primerizos (26).

Los países en los que se considera que la drogodependencia es la causa de los delitos relacionados con las drogas están más preparados para ofrecer un tratamiento en lugar del procedimiento judicial, incluso en aquellos casos en los que se trate de delitos más graves. Otros países no son tan benévolos y los delitos relacionados con las drogas suponen inmediata pena de prisión.

5. Los programas que ofrecen alternativas al procedimiento judicial se beneficiarían muy claramente de la coordinación entre el sistema judicial y el sanitario. El tratamiento adecuado incluye un componente social y de rehabilitación y supone además una colaboración entre las autoridades judiciales y las sanitarias.

4. Bases para una propuesta alternativa

Esta cuestión ha ocupado y preocupado a los autores, desde hace varias décadas. Al inicio de los años ochenta, desde el movimiento social, posteriormente desde su formación jurídica, criminológica y en sociología jurídica. Desde los años 90, compaginando las actividades en el movimiento social, con la potenciación de espacios de reflexión y debate en el seno del Instituto Internacional de Sociología Jurídica de Oñati (IISJO), desde la investigación en el Instituto Vasco de Criminología (IVAC/KREI), en el ámbito asociativo (AEN, OME, Osalde, FADSP, Askagintza, Bizitzeko) o en el medio universitario desde la Universidad del País Vasco (UPV-EHU) y la universidad de Deusto. Algunos de los aspectos aquí planteados son fruto de dichas reflexiones e investigaciones (27,28,29,30,31).

Después de tantos años de política de política prohibicionista sobre ciertas sustancias, se ha enquistado un discurso *autorreferencial*⁵ que, cuanto menos, dificulta imaginar otro tipo de alternativas diferentes a *más de lo mismo*, es decir, delegar en instancias especializadas —fundamentalmente las represivas y en menor medida las terapéuticas, la gestión de este fenómeno social (32).

4.1. Principios para sentar las bases de una propuesta alternativa

El *Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC)* ha propuesto recientemente unos principios básicos “que toda estrategia nacional sobre drogas debería fundamentarse” (33)⁶:

⁵ Baratta (1989:73-74) hace mención a un sistema *autorreferencial* como un sistema que se auto-reproduce ideológica y materialmente. Entiende, por *reproducción ideológica*, el mecanismo por el cual, cada actor o grupo de actores dentro del sistema, encuentra confirmación de la propia imagen de la realidad en la actitud de los otros actores; y por *reproducción material*, como el proceso por el cual la acción general del sistema, determinada por una imagen inicial de la realidad, modifica parcialmente la realidad misma, de tal modo que la hace un una fase posterior, más cercana a la imagen inicial. A su juicio, el proceso de auto-reproducción ideológica y material aparece nítidamente representado en el Teorema de Thomas: “*Si se sostiene una determinada imagen de realidad, esta imagen produce efectos reales*”.

⁶ En términos parecidos, el *Transnational Institute (TNI)* ha propuesto unos “principios sostenidos” (Blickman y Jelsma 2009:82-84) (22): 1) Los cambios deberían basarse en una evaluación científica de la eficacia de las políticas y no en principios ideológicos. Actualmente existen gran cantidad de estudios que, según la *evidencia científica*, han demostrado qué políticas funcionan y, por tanto, es necesario tenerlas en cuenta; 2) Diferenciación entre sustancias y patrones de consumos; 3) Reducción de daños, tanto para la persona consumidora como para la sociedad; 4) Flexibilidad para poder tener margen de maniobra de ajustar las legislaciones internacionales a las realidades de internas de los Estados, por ejemplo, consumos tradicionales o derechos de las comunidades indígenas; 5) Pleno respeto a los Derechos Humanos y al principio de proporcionalidad; 6) Desarrollo, las políticas en materia de drogas no deberían generar ni pobreza ni hambre; 7) Participación de la sociedad civil, de todas las partes implicadas: campesinos, personas consumidoras, profesionales, ONGs locales e internacionales.

- Las políticas de drogas se deberían desarrollar mediante una evaluación estructurada y objetiva de las prioridades y las pruebas empíricas.
- Todas las actividades se debería desplegar en plena conformidad con las normas internacionales de Derechos Humanos.
- Las políticas de drogas deberían centrarse en reducir las consecuencias nocivas de las drogas y no en las dimensiones del consumo y los mercados de estas sustancias.
- Las políticas y actividades deberían perseguir el fomento de la integración social de grupos marginados.
- Los gobiernos deberían construir relaciones abiertas y constructivas con la sociedad civil para debatir y desarrollar sus estrategias.

Como puede observarse, por lo menos, la evidencia científica, el escrupuloso respeto a los Derechos Humanos, la reducción de daños, la integración social de grupos vulnerables y la participación de la sociedad civil son principios fundamentales que deben estar presentes en las bases de una alternativa a la política prohibicionista en materia de drogas.

4.2. Propuesta alternativa en clave de normalización

Hasta hace unos años, proponer cambios a la política prohibicionista era muy complicado, se tachaba a quienes proponían esa posibilidad de ingenuos, utópicos, cuando no de locos, irresponsables o sospechosos. Sin embargo, el discurso poco a poco ha ido evolucionando. Cada vez sectores más amplios de la sociedad, ven la necesidad de realizar cambios significativos en las políticas sobre el fenómeno social de las drogas pero, como recogía hace poco más de una década un Editorial del *International Journal of Drug Policy*⁷, “la cuestión ahora es qué podemos hacer, cómo podemos hacerlo, cual es el mecanismo apropiado para el cambio”.

Desde mediados de los años ochenta hasta la actualidad se han llevado a cabo propuestas concretas de regulación que no se han puesto en marcha. Entre las respuestas legislativas concretas desde la segunda década en los años ochenta y primeros de la siguiente década destacan la *Propuesta suiza* de Joset-Albrecht, la *Propuesta de Ley del Partido Radical italiano* y el denominado *Manifiesto de Málaga*, donde destacados profesionales del ámbito jurídico, aprobaron en febrero de

⁷ Editorial (2003): “Prohibition, pragmatism and drug policy repatriation”. *International Journal of Drug Policy* 14, 141-143.

1991 una *Propuesta alternativa a la actual política sobre drogas*⁸. El objetivo de este Manifiesto era “junto a concienciar acerca de los negativos efectos de la actual política criminal y criticar la postura oficial española ciegamente represiva, fijar los puntos esenciales de debate para la elaboración de una alternativa despenalizadora, centrada en la renuncia al Derecho Penal como instrumento de política preventiva del consumo —que debe hacerse mediante mecanismos de educación sanitaria y de asistencia- y patrocinadora de la liberalización del tráfico de drogas entre adultos (sin perjuicio del control de su producción y venta). Al Derecho Penal habría de corresponder, según el Manifiesto, el castigo de las conductas más graves de infracción de los controles administrativos, así como la protección de los menores de edad y la acción contra las organizaciones de narcotraficantes en el marco de la regulación de los delitos contra el orden socioeconómico” (34).

Desde ese período hasta la actualidad, se han realizado diversas aportaciones en la misma dirección. En el año 2004, como consecuencia del *workshop* sobre el cannabis, celebrado en el *Instituto Internacional de Sociología Jurídica de Oñati (IISJO)*, se consensuó un acuerdo de mínimos que pudiera servir de referencia para las personas que apoyan una política diferente en relación al cannabis, desde el punto de vista de la normalización. Fruto de las aportaciones realizadas en el proceso citado se publicó el *Manifiesto de bases para un consenso social sobre el fenómeno del cannabis, en clave de normalización*, más conocido como *Manifiesto de Oñati* (35). Es una apuesta por un discurso diferente, respetuoso con los derechos y las libertades de las personas, que pretende sustentarse en una información objetiva, verídica y clara acerca de la sustancia, las personas que la consumen, los tipos de consumos y los contextos donde se llevan a cabo. Las cuestiones y los principios del *Manifiesto de Oñati* están en armonía con la *Recomendación del Parlamento Europeo destinada al Consejo y al Consejo Europeo sobre la estrategia europea en materia de lucha contra la droga*, donde se afirma la necesidad de que las este tipo de políticas se deban basar en los conocimientos científicos y no en impulsos emocionales⁹.

⁸ Tanto el *Manifiesto de Málaga* como la *Propuesta alternativa a la actual política criminal sobre drogas*, están recogidos en Grupo de Estudios de Política Criminal (1992). (36)

⁹ Por aquella época, se intensificó un debate social sobre el cannabis, desde una perspectiva de normalización. La publicación del *Documento técnico para un debate social sobre el uso normalizado del cannabis* (30), y la Jornada de Debate *Salud, legislación y educación: hacia la normalización del cannabis*, organizada por el IVAC/KREI, contribuyeron en gran medida a potenciar un debate social sobre la cuestión. Para una mayor profundización sobre las ponencias presentadas en esta Jornada, ver: *Eguzkilore* (2005) 19.(37)

Actualmente, las diferentes propuestas realizadas desde diversos ámbitos (profesionales del derecho, de la salud, parlamentarios, ONGs,...) son escuchadas con mayor atención, aunque una de las estrategias que más se emplea para tratar de desautorizar a los partidarios de una política diferente a la prohibicionista es el empleo de “críticas descalificadoras que se limitan a acumular interrogantes sobre aspectos aún no desarrollados” (38), a veces llevadas a cabo con más severidad que las críticas empleadas contra la política prohibicionista en materia de algunas drogas.

En necesario un debate social sobre la política prohibicionista, su evaluación, sus consecuencias, y sobre la posibilidad de alternativas reales. Las asociaciones y grupos antes señalados, entre otros, están haciendo esfuerzos ímprobos para potenciar el debate social sobre esta cuestión y en ese contexto. Este tipo de debates va mucho más allá del falso debate planteado por el sr. Costa, Director Ejecutivo de la UNODC, en el prefacio al *Informe Mundial sobre las Drogas 2009*, enmarcado dentro de la actual política prohibicionista, sobre la *necesidad de proteger a la sociedad contra las drogas* (29) y, del mismo modo, también supera ampliamente un debate reduccionista, planteado en términos antitéticos y maniqueos de *legalización sí, legalización no*¹⁰. Por tanto, el debate social planteado debe servir para llevar cambios significativos desde el ámbito internacional al local, basados en los principios señalados anteriormente: evidencia científica, respeto a los Derechos Humanos, reducción de daños, integración social de grupos vulnerables y la participación de la sociedad civil.

4.2.1. Ámbito de Naciones Unidas

En 1960, la Fiscalía General de los EE.UU. informaba que existían unos 55.000 adictos a heroína cuyo gran crecimiento aún no era apreciado socialmente pero sí era ya una preocupación institucional. Por esos años, los sectores liberales agrupados, principalmente en torno a la Asociación de Médica Americana y la Asociación de Jueces reaccionaron considerando errónea y contraproducente la política seguida, criticando los castigos para la adicción frente a la medicina curativa y lamentando la injusta legislación que negaba los mismos derechos constitucionales en aras de pretender una cruzada contra las drogas. Era la época del *teorema de*

¹⁰ Como decía Pascal, “yo no discuto jamás del nombre de una cosa, si no se me advierte del sentido que se le da” (39).

(*) R.K. Social Structure and Social Theory.

Thomas, del concepto de la “profecía autocumplida” (*) antes mencionada, si se cuenta con los medios coactivos necesarios. Desde estos sectores surgió la primera gran crítica al prohibicionismo ya que ninguna cruzada podía suprimir el consumo de estas o aquellas drogas como comprobaban con la experiencia clínica y americana, e incluso desarrollaba el problema que decía querer solucionar. Iban más lejos y proponían el modelo inglés de tratamiento de heroínómanos ya que estos podían obtener la morfina y heroína de médicos acreditados por el gobierno pues entendían que el adicto era un enfermo susceptible de atención médica. Incluso la Academia Médica de Nueva York apoyaba el suministro de drogas a los adictos y la creación de clínicas de mantenimiento para usuarios en tratamiento voluntario. La respuesta de la Oficina Federal de Estupefacientes no se hizo esperar y tachó de antiamericanos, irresponsables y traficantes a los sectores antiprohibicionista (14).

Llegados a esta situación era necesaria la solución negociada que impidiera la guerra con el estamento médico, jurídico y científico haciéndoles algunas concesiones aunque sin perder la capacidad represora. Esto fue consagrado en la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, firmada por 74 países donde se reconoce que “el uso médico de los estupefacientes continuará siendo indispensable para mitigar el dolor, garantizándose su disponibilidad”. En plena renovación, el poder judicial de EE.UU. despenalizó el consumo de drogas prohibidas previo arrepentimiento por no tratarse de criminales sino de enfermos. El adicto o usuario esporádico de opiáceos, cocaína o marihuana era considerado “enfermo” de una enfermedad epidémica -la toxicomanía- nuevo ente clínico hasta ese momento desconocido en los tratados de Patología.

La Convención de 1961, preocupada en su texto “por la salud mental y moral “y conscientes de que “la toxicomanía constituye un mal grave para el individuo y entraña un peligro social y económico para la humanidad”, consolidó el modelo represivo-médico-terapéutico. Con este Convenio se abrogaban y sustituían los principales protocolos y convenios anteriormente firmados, imponiéndose el nuevo modelo para todo lo referente a “estupefacientes” y presentándose en sociedad como un texto progresista marcando las directrices para la siguiente década, llamada de *paz farmacrática*.

A pesar de las garillocuentes declaraciones de políticos y miembros de Naciones Unidas a favor de un mundo sin drogas, en el ámbito privado, muchas de esas autoridades reconocen que no es posible (13). El actual régimen prohibicionista asentado a lo largo de todo el siglo XX, bajo la influencia de Estados Unidos, en virtud de los conocimientos actuales, dispone –según los conocimientos actuales-

de pilares extremadamente frágiles y endeble, además de proyectar una visión etnocéntrica del fenómeno social de las drogas. De igual modo, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), ha sido fuertemente criticada por su intromisión en la soberanía de algunos países, porque sus opiniones y recomendaciones no son acordes con la política y mejores prácticas de Naciones Unidas, por subordinar la objetividad científica a los intereses políticos y, finalmente, por la negativa a incorporar la sociedad civil a su actividad. Fazey (39), desde su experiencia, reconoce la manipulación existente en las reuniones de la JIFE, a favor de los países que tienen un mayor peso. Estados Unidos, Suecia y Japón, países partidarios de políticas de *tolerancia cero* en materia de drogas, son los máximos donantes de la UNODC y, por tanto, son los que ejercen una mayor presión a la hora de poner en práctica políticas sobre el fenómeno social de las drogas (40).

Por tanto, es necesaria una reforma integral, no solamente de la JIFE sino también de los Convenios Internacionales existentes en la materia. Como es previsible que un cambio de la política prohibicionista “no va a efectuarse, en ningún futuro previsible, sin un viraje en los sistemas de tratados internacionales” (41). La filosofía existente tras el *mensaje clave* que ofrece el IDPC para reformar las leyes en materia de drogas, “dejar de poner el acento en criminalizar y sancionar a los consumidores de drogas para situarlo en fomentar los derechos humanos, la salud pública y el desarrollo socio-económico” (33), debe ser uno de los referentes, junto con los principios ya señalados, que guíe las políticas de drogas desde el ámbito de las Naciones Unidas hasta el ámbito local.

En relación a las drogas, la OMS dispone ya de un Convenio Internacional que en sus pocos años de vida, se ha convertido en un referente mundial de cómo regular las políticas de una droga relacionada con cinco millones de muertes anuales en el planeta. Nos referimos al *Convenio Marco de la OMS para el Control del tabaco (CMCT)*, aprobado el 23 de mayo del año 2003, en la 56ª Asamblea Mundial de Salud. Ese mismo año, ya adelantaba Engelsman (42) la posibilidad de hacer lo mismo, no sólo con el control de una droga con serias consecuencias en la salud para la salud, sino también para regular el cannabis de manera más adecuada, es decir, a su juicio el cannabis puede ser regulado en base a un Convenio Marco con características muy parecidas al actual *CMCT*.

La propuesta realizada por Engelsman es digna de tenerse en consideración porque, como se recoge en el prefacio del *CMCT*, “es el primer tratado negociado bajo los auspicios de la OMS” y es el tratado “más respaldado de toda la historia de Naciones Unidas”. Además, las Partes firmantes, se comprometen a promover

medidas de control sobre dicha sustancia, en base a consideraciones científicas, técnicas y económicas. Entre ellas destaca una acción cooperativa para hacer desaparecer el tráfico ilícito relacionado con la droga analizada. Los principios en los que se basa el *CMCT* (art. 4) son:

- Información sobre las consecuencias sanitarias y la naturaleza adictiva de la sustancia.
- Compromiso político para respaldar en todos los ámbitos (internacional, estatal y regional) medidas multisectoriales integrales y respuestas coordinadas para: a) proteger a todas las personas del humo de esa sustancia; b) prevenir el inicio de consumo, promover y apoyar el abandono y logran la reducción del consumos; c) tomar medidas para promover la participación de personas y comunidades indígenas en la elaboración, puesta en práctica y evaluación de programas de control del tabaco, teniendo siempre presente sus peculiaridades sociales y culturales; d) tener en cuenta la perspectiva género (no limitada a expresar la preocupación por el incremento de consumos de esta drogas en mujeres, adolescentes y niñas, sino que además reclama la necesidad de una plena participación de las mujeres en todos los niveles de la formulación y aplicación de políticas, así como la necesidad de estrategias de control del tabaco específicas en función del género).
- Cooperación internacional, sobre todo, para la transferencia de tecnología, conocimientos y asistencia financiera, además de prestación de asesoramiento especializado con el objeto de establecer y aplicar programas eficaces, teniendo en cuenta factores culturales, sociales, económicos, políticos y jurídicos locales.
- Adopción de medidas (desde el ámbito internacional al regional) para reducir el consumo de esta sustancia, con la finalidad de prevenir, según los principios de salud pública, la incidencia de las enfermedades, la discapacidad prematura y la mortalidad por el consumo de esa droga.
- Importancia de la asistencia técnica y financiera, para ayudar a afrontar la transición económica a personas (cultivadoras, trabajadoras, . . .) cuyos medios de vida están fuertemente afectados como consecuencia de los programas del control de esta sustancia, en países en desarrollo o que tengan economías en transición, todo ello se debería realizar en un contexto de estrategias nacionales de desarrollo sostenible.
- Participación de la sociedad civil, como elemento fundamental para lograr el objetivo propuesto.

Como en cualquier estrategia sobre el fenómeno de las drogas, se pretende influir tanto en la reducción de la demanda como de la oferta pero, los principios señalados, suponen una base sólida para que la evidencia científica, la información objetiva, la prevención, la participación de la sociedad civil, la perspectiva género, apoyo a actividades alternativas económicamente viables, etc., primen sobre los aspectos sancionadores. En relación a la reducción de la demanda, el *CTCM* distingue entre medidas relacionadas con precios e impuestos (cuestiones de gran importancia para el inicio o no, en el consumo de una droga determinada, sobre todo personas jóvenes) (art. 6 OMS *CTCM*), y las que no (protección de terceras personas —en este caso al humo del tabaco— (art. 8 OMS *CTCM*), reglamentación del contenido de las sustancias (art. 9 OMS *CTCM*), reglamentación de la divulgación de información sobre las sustancias (art. 10 OMS *CTCM*), educación, comunicación, formación y concienciación del público (art. 12 OMS *CTCM*), la publicidad, promoción y patrocinio (art. 13 OMS *CTCM*), y finalmente, medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia (art. 10 OMS *CTCM*). Respecto a la reducción de la oferta, se incide en: comercio ilícito de esta sustancia (art. 15 OMS *CTCM*), venta a menores y por menores (art. 16 OMS *CTCM*), apoyo a actividades alternativas económicamente viables (art. 17 OMS *CTCM*).

Diferentes autores han evidenciado lo absurdo de la presencia del cannabis y de la hora de coca en dichas Listas: tras la inclusión del cannabis y sus derivados en la Convención Única sobre Estupefacentes del año 1961, muchas personas han llegado a la conclusión de que en las Listas sobre sustancias estupefacentes “fue una equivocación basada en la información médica y científica disponible cuando se redactó el tratado” (22). Incluso, según señalan, en el año 2006, la UNODC admitió que “gran parte del material que había sobre el cannabis en la actualidad se considera erróneo (...) [y que] reconocidos profesionales abogan por el uso médico de los componentes activos o de la planta misma”. También Nadelman (43) ha argumentado en este mismo sentido: “las supuestas afirmaciones científica que se hicieron sobre la coca y la marihuana —cuando fueron penalizadas por la leyes locales e incluidas en las convenciones globales antidrogas hace décadas— no se basaban en datos verdaderamente científicos sino en una pseudociencia, en el racismo y en perjuicios”. Por consiguiente, el cáñamo y sus derivados, junto con la hoja de coca, deberían no incluirse en futuros convenios internacional de tendencia prohibicionista.

En resumen, es preciso un cambio sustancial desde Naciones Unidas en relación del fenómeno social de las drogas. Los principios en los que se basa el *CMCT*,

así como su articulado pueden ser una gran ayuda para que las políticas de salud y sociales (respeto a las políticas y programas de reducción de daños¹¹, sin trabas a la investigación científica sobre cualquier sustancia, etc.), donde las evaluaciones se tienen que realizar en base a evidencias científicas y no en base a relaciones de poder y control político. Los criterios aquí aportados deben convertirse en bases sólidas para el *acuerdo internacional* demandado por los líderes políticos internacionales.

4.2.2. Ámbito de la Unión Europea

El día 15 de diciembre de 2004, en Estrasburgo, la sesión plenaria del Parlamento Europeo aprobó el denominado *Informe Catania*¹² sobre la nueva estrategia de drogas de la UE, cuestión que compartimos ampliamente. Este *Informe* plantea un cambio fundamental de la política de la Unión Europea en materia de drogas y reconoce el fracaso actual. Entre sus *considerandos* y *recomendaciones*, destacan:

- Es imprescindible que la Unión Europea adopte una verdadera política europea en el ámbito de la lucha contra las drogas y que la aborde de una forma integrada y global, con todos los medios necesarios para *prevenir y solucionar los problemas sanitarios y la exclusión social* que ocasiona a las personas (*Considerando A*).
- La política nacional sobre la droga ha de *basarse en conocimientos científicos relativos a los distintos tipos de drogas y no en impulsos emocionales*, dado que cada uno de los problemas relacionados con las drogas exige un enfoque específico (*Considerando J*).
- Sobre la base de análisis y evaluaciones se emprenda un proceso de revisión de las políticas relativas a los estupefacientes, con el fin de aumentar su eficacia y eficiencia en relación con los objetivos que se han de alcanzar, *dedicando es-*

¹¹ Dorn (2002:109-110) (44), después de identificar los daños relacionados con el mercado de las drogas –tanto en el ámbito de la producción, tráfico y consumo-, y reconocer que esos daños provienen tanto de los propios mercados como de algunos aspectos de las políticas, a su juicio, “lo decisivo es saber ¿qué se está haciendo para reducir estos daños y qué debería hacerse?”. Tras estas preguntas llega a la siguiente conclusión: actualmente la política internacional en materia de drogas sólo persigue la reducción de daños en el ámbito del consumo de drogas, sin embargo “el compromiso de reducción de daños –para el ambiente / ecología, para la economía, para la sociedad y las personas individuales- debería ser un componente *integral* de toda política relativa a la producción y tráfico de drogas, así como a las políticas sobre su consumo”.

¹² *Recomendación del Parlamento Europeo destinada al Consejo y al Consejo Europeo sobre la estrategia europea en materia de lucha contra la droga (2005-2012)* (2004/2221[INI]).

pecial atención a las políticas alternativas que ya hoy en día logran mejores resultados en muchos Estados miembros, entre éstos la disminución de los fallecimientos por consumo de estupefacientes, la protección de la salud y la reinserción social y económica de los drogodependientes, (Considerando K)

- Redefinir la cooperación europea en el ámbito de la política sobre la droga orientada a poner coto al tráfico de drogas transfronterizo y a gran escala, de tal forma que se aborde el problema desde todos sus puntos de vista, *basándose en un enfoque científico y en el respeto de los derechos civiles y políticos, en la protección de la vida y de la salud de las personas; (Recomendación a)*
- *Basar en mayor medida la nueva Estrategia en investigaciones científicas y en una concertación pormenorizada y estructural con las personas que operan sobre el terreno en los Estados miembros (Recomendación e).*
- *Incrementar la investigación social y científica de las sustancias ilícitas con los fines médicos y sociales pertinentes (Recomendación g).*
- Proponer unos medios totalmente distintos de los indicados para conseguir el objetivo general del proyecto de la Estrategia antidroga de la Unión, *dando la prioridad a la protección de la vida y de la salud de los consumidores de sustancias ilícitas, a la mejora de su bienestar y protección*, con un planteamiento equilibrado e integrado del problema, ya que los propuestos son inadecuados *(Recomendación m).*
- Hacer hincapié en el refuerzo de *las medidas de información, que deben basarse en los conocimientos científicos*, acerca de las consecuencias del consumo de distintos tipos de drogas (sobre todo las sintéticas), a fin de poder prevenir a todo el mundo de manera clara a la par que enérgica *(Recomendación w).*
- Definir y reforzar de forma exponencial la *participación e implicación de los drogodependientes y de los consumidores de sustancias ilícitas, de la sociedad civil, de las ONG, del voluntariado y de la opinión pública en la resolución de los problemas relacionados con la droga*, en particular, mediante una mayor participación de las organizaciones que operan sobre el terreno en las actividades del *Grupo Horizontal Droga* y la organización de una iniciativa europea anual en materia de prevención, mediante la creación, a modo experimental, de centros de bajo umbral para la reducción del daño y para la estrategia antiprohibicionista *(Recomendación x)*

Un debate y unas prácticas, dentro de la Unión Europea, con los criterios aportados por este *Informe* pueden ayudar a exigir desde el viejo continente que se

revisen los postulados en los que se basan los Convenios Internacionales sobre drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

4.2.3. Ámbito estatal

También en el Estado español el cannabis es la sustancia denominada ilegal que más se consume, que más es decomisada y sobre la que más multas administrativas se imponen. En este contexto, los últimos datos aportados desde el Ministerio del Interior (19) en relación a la aplicación de la Ley de Seguridad Ciudadana durante el año 2009 son significativos: en este año las multas por tenencia o consumo en público, superaron los 350.000 casos y algo más de cuatro de cada cinco casos (82,81%) estaban relacionados con los derivados del cáñamo. Por tanto, la propuesta alternativa tendría que tener en cuenta esta realidad.

En el campo penal, son necesarios cambios legislativos para se permita la producción y comercialización del cannabis y sus derivados, siempre que estas actividades se realicen entre personas mayores de edad.

En el campo legislativo, los cambios para la normalización del cannabis deberían girar sobre los siguientes aspectos:

- Derogar y/o modificar las disposiciones penales que impiden la producción y comercialización del cannabis y sus derivados entre personas mayores de edad: art. 368 Código penal y siguientes.
- Derogar y/o modificar la legislación administrativa que impide la producción y comercialización del cannabis y sus derivados entre personas mayores de edad: a) art. 22 de la Ley 17/67 de Estupefacientes; b) arts. 23 y 25 de la Ley Orgánica 1/92 de Protección de la Seguridad Ciudadana; c) Orden del ministerio de Sanidad y Consumo 190/2004, donde se establece la lista de plantas cuya venta al público queda prohibida o restringida por razón de su toxicidad.
- Condonar las multas relacionadas con los artículos citados.
- Regular el uso terapéutico del cannabis, mediante la eliminación de cualquier impedimento que pueda obstaculizar la profundización en dichos usos terapéuticos.
- Regular la producción, comercialización y consumo del cannabis y sus derivados, con las garantías sanitarias que actualmente gozan otras sustancias análogas.
- Regular los clubes privados de consumidores.

Respecto a éste último aspecto, desde hace ya años, diversos colectivos en torno a la *Federación de Asociaciones Cannábicas (FAC)*, no sólo han propuesto, sino que han puesto en práctica los denominados *Clubs Sociales de Cannabis*, donde personas adultas consumidoras de cannabis se asocian para autoproducir y autodistribuir esta sustancia entre sus socios, con el objetivo de reducir riesgos asociados al consumo y prevenir posibles daños (45).

4.2.4. Ámbito autonómico y local

Estos ámbitos tienen una fundamental importancia en la puesta en marcha y consolidación de una política alternativa en materia de drogas porque, entre otras cuestiones, son las Administraciones que más cerca están de las personas consumidoras y, muchas de ellas, disponen de competencias en prevención, asistencia, reducción de daños y otras políticas sociales. Algunas Administraciones Autonómicas y Locales han contribuido de una manera muy especial, por ejemplo, en la reducción de daños, donde “la realidad de la práctica es más relevante que la situación legal¹³ (. . .). Muchas veces estas iniciativas semi-legales / semi-oficiales dan después de algún tiempo los impulsos para las políticas oficiales y las respectivas modificaciones legales, a veces incluso para otros países” (46).

Aunque, como hemos recogido al profundizar en el apartado del Ámbito de Naciones Unidas, la necesidad de cambios respecto a los Convenios Internacionales en la materia (41), por medio de las políticas en materia de drogas de abajo a arriba -desde el ámbito municipal, autonómico, estatal y de la Unión Europea-, en base a criterios normalizadores, “la comunidad internacional se sentirá obligada a revisar los Convenios Internacionales cuando el abismo entre las políticas *de facto* y *de jure* sean indefendibles” (47). Hay quien cree que, tras el primer paso dado por las autoridades locales en relación a la reducción de riesgos, éstas “darán el segundo paso hacia la regulación legal de las drogas. La descentralización —o sea el traslado de la competencia en la política de drogas del nivel internacional a la local- es la llave para obtener el espacio para nuevas políticas de intervención. Con una simple modificación de algunas partes esenciales de las Convenciones de Drogas de la ONU, las autoridades nacionales y regionales podrían empezar a diseñar e implementar las políticas que sirvan específicamente a sus necesidades y tradiciones, sin tener que recurrir a la prohibición como la sola respuesta a los problemas de drogas” (48). Desde

¹³ La presencia de las salas de consumo higiénico o los programas de testado de sustancia son un claro ejemplo.

esta perspectiva, la transmisión objetiva de información, la potenciación del debate social y, por qué no decirlo, la presión ejercida desde diferentes ámbitos sociales (personas consumidoras y/o sensibilizadas con la actual situación, corporaciones locales, etc.), van a ser -en los próximos años- de gran trascendencia.

Al comenzar este último punto, hacíamos mención a una serie de autores que, desde perspectivas ideológicas muy diferentes, coincidían en la crítica al prohibicionismo, pero no así en las propuestas alternativas. En este contexto, nos parece oportuno manifestar nuestra opinión sobre cómo entendemos la propuesta alternativa: primeramente, nuestra propuesta es totalmente diferente a cualquier tipo de corriente neoliberal, caracterizada por la desregulación y el *laissez faire*. Por tanto, optamos por una regulación estatal diferente a la actual, con los criterios que expondremos en los siguientes párrafos, partiendo de los principios recogidos en la presente exposición.

Desde principios de los años noventa, el autor de la presente investigación, se ha posicionado a favor de una *política normalizadora*, o en *clave de normalización*, relacionada con el fenómeno social de las drogas. Normalizar no es sinónimo de no regulación ni de promoción de cualquier tipo de sustancias. Entendemos por normalización del fenómeno social de las drogas, un proceso de debate racional y de praxis que ayude a modificar, por un lado, la actual percepción social que se tiene de las drogas y de las personas consumidoras, y por otro lado, a regular la actual legislación (comenzando por el cannabis y sus derivados) en base a criterios diferentes a los establecidos, con el objetivo de que puedan salir de la clandestinidad las sustancias y las personas consumidoras, mediante la apertura de mayores espacios de aceptación social y respeto a opciones de vida diferentes. Un proceso de debate racional y de praxis es algo dinámico, que va incorporando al mismo, los diagnósticos, las evaluaciones y las aportaciones que desde el campo teórico y práctico se realizan, donde se tienen en cuenta los derechos de todas las personas, y se cuenta con las personas consumidoras como una parte esencial, precisamente por su propia experiencia.

En aproximadamente un siglo de prohibicionismo moderno, en torno a éste se ha generado una gran *inercia* —en el amplio sentido de la palabra— para que la política prohibicionista se imponga y no cambie. Por tanto, la normalización en las políticas de drogas la entendemos como un proceso de cambio en la inercia actual prohibicionista hacia una inercia normalizadora donde los principios expuestos primen sobre las políticas represivas y se considere a las personas como seres maduros y no como a personas incapaces.

Las políticas antiprohicionistas en otros países han roto, no solo el discurso teórico sino también el monolitismo de la opción represiva y la perspectiva de la abstinencia como únicos referentes. La cuestión es realmente importante ya que puede determinar el estatus del consumidor y ser considerado delincuente, enfermo, o sencillamente persona (31,49).

En el Estado español se añaden otros elementos desfavorables en materia de derechos sociales tras dos años de vigencia del RDL 16/2012. Ya “fue severamente criticado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas (Comité DESC) respecto a las medidas de austeridad que había empezado a aplicar y recomendó su revisión (...) y señaló a España que las reformas no limiten el acceso a los servicios de salud de las personas sin importar su situación administrativa” (50). Enfrentado por varias Relatorías y Expertos Independientes de Naciones Unidas, y por organismos europeos de derechos humanos como el Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa, y el Comité Europeo de Derechos Sociales. Sin embargo, el gobierno español ha ignorado estas recomendaciones y no ha tomado medidas para remediar esta situación.

El discurso social deberá ser acompañado de mayor flexibilidad. La información y la persuasión como elementos complementarios para convencer frente al alarmismo y coacción, son más propio de grupos de presión con intereses no siempre confesables. Está constatado que las personas somos persuasivas a los mensajes claros sobre las drogas. Un ejemplo cercano es la disminución del número de fumadores de tabaco tras campañas de información veraz además de medidas reguladoras, o los posicionamientos más tolerantes sobre otras drogas en encuestas tras algunos debates en los medios de comunicación.

Pero que nadie piense que con la propuesta de normalización planteada van a desaparecer todos los problemas relacionados con este tipo de sustancias, de la misma manera que actualmente ocurre con el alcohol, el tabaco o los fármacos. La propuesta es un paso decisivo para que desaparezcan la mayoría de los efectos secundarios –los producidos por la actual política (adulteración, control social formal a amplias capas de la población con riesgo de inicio en conductas delictuales, el denominado blanqueo de dinero, etc.)-, pero también van ser necesarias campañas de información, de prevención y programas para reducir riesgos y evitar daños con determinado tipo de consumos. No desde la moralidad sino desde la evidencia científica, desde los derechos, libertades y responsabilidades que tenemos las personas.

Finalmente, ir hacia la normalización del fenómeno social de las drogas implica replantearse las bases de la relación económica –y política- entre los países del planeta, y la labor que han jugado -juegan y jugarán- tanto Naciones Unidas como los países más poderosos, en una redistribución de todo tipo de recursos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Hidalgo S. “González reaviva el debate sobre legalizar las drogas” y “No existe un clamor social para legalizar”. Público, Actualidad, miércoles 15/09/2010, p. 28 y 29.
- 2- Verza M. “Hay que legalizar las drogas”, insiste Fox. La Gaceta, 31. 2010, 11 de agosto.
- 3- Bonino E, Pannella M. “Sobre la legalización de las drogas”. El País, Opinión, 17/09/2010, p. 32.
- 4- Comas D. El uso de drogas en la juventud. Barcelona: Instituto de la Juventud, Ministerio de Cultura, 1985.
- 5- Gamella J, Jiménez ML. El mercado de cannabis en España, 1976-1996. Estructura, evolución e impacto social. Revista de Trabajo Social y Salud 2001; 39, 173-204.
- 6- Beristain A. De leyes penales y de Dios legislador (Alfa y Omega del control penal humano). Madrid: Edersa, 1990.
- 7- Levine HG. Prohibición global de drogas –las variedades y usos de la prohibición de las drogas en los siglos XX y XXI-. En: Globalización y drogas. Políticas sobre drogas, derechos humanos y reducción de riesgos. Arana, X.; Husak, D.; Scheerer, S. (Coord.). Madrid: Ed. Dykinson, 2003; p. 67-81.
- 8- Castillo J. La función social del castigo: el caso de la prohibición legal del consumo de ‘drogas. En: Revista Española de Investigaciones Sociológicas 1986; 34, 7-21.
- 9- Reuter P, Trautmann F. A Report on Global Illicit Drugs Markets 1998-2007. Bruselas: European Communities. 2009. Disponible en World Wide Web: http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/studies/doc/full_report_10_03_09_en.pdf
- 10- Stimson G Van. Salud pública y educación para la salud en la prevención de la infección por VIH, En: La reducción de los daños relacionados con las drogas. Barcelona: Grup IGIA, 1995; p. 69-79.
- 11- Böllinger L. Germany: criminalisation with diversion for possession, with regional variations. En: N. Dorn y A. Jamieson (Ed.) European Drug Laws: the Room for Manoeuvre. London: Drug-Scope, 2001; p. 151-186.
- 12- Scheerer S. Prohibición de las drogas en las sociedades abiertas. En: Globalización y drogas. Políticas sobre drogas, derechos humanos y reducción de riesgos. Arana, X.; Husak, D.; Scheerer, S. (Coord.). Madrid: Ed. Dykinson, 2003; p. 53-65.
- 13- Jelsma M. Mirando hacia delante. Drogas y Democracia: retos para el futuro. En: 10 años del programa Drogas y Democracia del TNI. P. Boeder (Ed.). Países Bajos: TNI, 2008; p. 60-73.
- 14- Markez I. La ONU y el control de las drogas. Página Abierta, 1998; 87: 1-8.
- 15- Markez I. Políticas sobre drogas, exclusión y reducción de daños. Revista MPD del Ministerio Público de la Defensa. 2008; Año I, n° 4: 50-62. Buenos Aires.
- 16- Levine HG. Global drug prohibition: its uses and crises. International Journal of Drug Policy 2003; 14: 145-195.

- 17- González C. Aspectos legislativos. En: Grup Igia y cols. Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias. Edita FAD y Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona, 2000.
- 18- Iversen L. Marihuana. Conocimiento científico actual. Barcelona: Ariel, 2001.
- 19- Ministerio del Interior. Anuario Estadístico del Ministerio del Interior 2009. Madrid: Secretaría General Técnica del Ministerio del Interior, 2010.
- 20- Calafat A. Normalización, salud pública y control informal. CDD/DDZ 2006; 125: 1-2.
- 21- Megías E. (Dir.). Percepción social de los problemas de drogas en España, 2004. Madrid: FAD.
- 22- Blickman T, Jelsma M. La reforma de las políticas de drogas. Experiencias alternativas en Europa y Estados Unidos. Nueva Sociedad 2009; 222, julio-agosto, 81-103.
- 23- Matthews P. La cultura del cannabis. Madrid: Alianza Editorial, 2002.
- 24- Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Europe: varying pathways to similar objectives. Serie Insights nº 5 del OEDT, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo, 2002.
- 25- Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). An overview study: Assistance to drug users in European Union prisons, Informe científico del OEDT, Cranston Drug Services Publishing, Londres, 2001.
- 26- Aos S, Phipps P, Bamoski R, Lieb R. The comparative costs and benefits of programmes to reduce crime, Washington State Institute for Public Policy, WA, EE.UU., 2001. (<http://www.wa.gov/wsipp> versión 4.0).
- 27- Arana X. Profundización en el debate sobre la normalización de la cuestión droga en un Estado social y democrático de Derecho. En: Normas y culturas en la construcción de la "Cuestión Droga". Arana, X.; Del Olmo, R. (Comp.). Barcelona: Hacer, 1996; p.185-231.
- 28- Arana X, Germán I. Documento técnico para un debate social sobre el uso normalizado del cannabis. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2005.
- 29- Arana X, Azpiroz A. Algunas reflexiones en torno al prefacio del Informe Mundial sobre Drogas 2009. En: Eguzkilore. Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología 2009; 23, 89-98.
- 30- Arana X, Germán I. Delimitación del 'status' jurídico del ciudadano 'consumidor de drogas'. Propuesta de Carta de Derechos de los Usuarios de Drogas. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2004.
- 31- Markez I. Dependencias: de la coerción a la reducción de daños. Revista Crítica 2012; Año LVIII, nº 967: 33-38.
- 32- Hualde G. "Introducción" En: ¿Legalizar las drogas? Criterios Técnicos para el Debate. Madrid: Popular, 1991; p.11-20.
- 33- Armenta A et al. Guía sobre políticas de drogas. Trad., B. Martínez y E. Bossio. Londres: IDPC, 2010.
- 34- De la Cuesta JL. Entre la Ley de seguridad Ciudadana y la ley sobre prevención y tratamiento de las drogodependencias en el País Vasco. Eguzkilore, Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología 1992; nº 6: 91-96.
- 35- Arana X, Markez I. (Coord.). Cannabis: salud, legislación y políticas de intervención. Madrid: Ed. Dykinson, 2006.
- 36- Grupo de Estudios de Política Criminal. Una alternativa a la actual política criminal sobre drogas. Málaga, 1992.

- 37- Arana X. Cannabis: Normalización y legislación. En: Eguzkilore 2005; 19, 121-128.
- 38- Díez Ripollés JL. Los delitos relativos a drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas: estudio de las modificaciones introducidas por la Ley Orgánica 1/1988, de 24 de marzo. Madrid: Tecnos, 1989.
- 39- Fazey C. The Commission on Narcotic Drugs and the United Nations International Drug Control Programme: politics, policies and prospect for change. *International Journal of Drug Policy* 2003; 14, 155-169.
- 39- Martí O. Pensar la dependencia y no a la droga. En: Normas y culturas en la construcción de la "cuestión droga. Barcelona: Ed. Hacer. 1996; p. 15-52.
- 40- Bewley-Taylor DR. Emerging policy contradictions between the United Nations drug control system and the core values of the United Nations. *International Journal of Drug Policy* 2005; 16, 423-431.
- 41- Pearson G. Drogas y justicia penal: Una perspectiva de la reducción de daños, En: La reducción de los daños relacionados con las drogas. Barcelona: Grup IGIA, 1995; p. 41-58.
- 42- Engelsman E. Cannabis control: the model of the WHO tobacco control treaty. *International Journal of Drug Policy* 2003; 14: 217-219.
- 43- Nadelmann E. La Reducción de los Daños de la Prohibición de las Drogas en las Américas, En: A. Camacho Guizado (Ed.) *Narcotráfico: Europa, EEUU, América Latina*. Barcelona: Publicacions i Edicions Universitat de Barcelona, 2007; 63-75.
- 44- Dom N. El concepto de reducción de daños en el marco internacional en relación con la producción, tráfico y uso de drogas. En Eguzkilore. Cuademo del Instituto Vasco de Criminología, 2002; 16, 105-110.
- 45- Barriuso M. Propuesta de modelo legal para el cannabis en el Estado español. *Eguzkilore* 2005; 19, 151-167.
- 46- Burkhart G. Políticas europeas: Posibilidades y límites. En: Drogas Qué política para qué prevención. A. Vega (Coord.). Donostia-San Sebastián: Gakoa, 2002; p.105-128.
- 47- Wodak A. The international drug treaties: 'paper tigers' or dangerous behemoths? *International Journal of Drug Policy* 2003; 14, 221-223.
- 48- Oomen J. Las políticas de drogas desde los movimientos antiglobalización. *Eguzkilore* 2005; 19: 55-60.
- 49- Markez I, Merino C, Póo M, Romera C. Cannabis: de la salud y del derecho. Observatorio Vasco de Drogodependencias. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2002.
- 50- Médicos del Mundo, Red ACOGE, A. Internacional, CESR La sanidad, en el análisis de la ONU sobre derechos humanos en España. Madrid, 2015. <http://www.actasanitaria.com/la-sanidad-en-el-analisis-de-la-onu-sobre-derechos-humanos-en-espana/>

Sección 6.

Conclusiones y Recomendaciones.

**Iñaki Markez Alonso, María de la Villa Moral Jiménez,
Esther García Usieto, Fernando Pérez del Río**

1. Estudiar lo que tiene que ver con el uso de las drogas, valorar su alcance y ofrecer respuestas mediante diferentes estrategias de intervención se realiza siguiendo lo que se ha venido a llamar **Modelos interpretativos** que se agrupan en función de la prioridad que demos a cada elemento actuante en la cuestión de las drogas: la persona, la sustancia o el contexto. El consumo de drogas implica la presencia de una persona que realiza una elección conductual, y conlleva una peculiar reacción del organismo ante la acción de una sustancia química, en unos escenarios sociales con muchas variables. Es un fenómeno con implicaciones múltiples: psicológicas, médicas, bioquímicas, éticas, sociológicas, etnológicas, jurídicas, económicas, políticas, educativas, históricas, etc.

Además, los actuales modelos de control y tratamiento no son adecuados para mejorar los problemas relacionados con el uso de drogas. No son válidas las alternativas de décadas anteriores, ni puritanismos o fundamentalismos de rechazo al alcohol y a otras drogas, ni recomendaciones negativas, ni la prohibición misma sea la solución a los problemas derivados de su uso. En la abstinencia, se prohíbe el producto a la persona; no se cambia la persona por el psicótropo.

2. Al estudiar la **historia** de las drogas vemos que, en lo que llevamos de s. XXI, a nivel psicofarmacológico quizá el fenómeno más interesante sea la irrupción de las *researchs chemicals* (RCs) o *legal highs* (sustancias químicas de investigación, drogas para gourmets). Tampoco podemos olvidar, como un efecto más de la globalización, la aparición de nuevos mercados vinculados a Internet, que vine a ser un torpedero contra la política prohibicionista.

Los medios de comunicación siguen esforzándose -infructuosamente- por reactivar la alarma social, mientras el gobierno parece dispuesto a zanjar la pugna histórica entre quienes consideran a los usuarios de drogas como delincuentes o quienes les califican de enfermos, tratándoles como simples infractores.

3. En el **análisis epidemiológico**, las encuestas a población general tienen sus limitaciones para estimar la prevalencia de consumo de estas sustancias pues el acceso a sectores consumidores socialmente marginados puede ser complicado y la precisión de las estimaciones es más baja cuando disminuye mucho dicha prevalencia.

Ya en este siglo XXI surgen nuevos retos ante los nuevos y viejos usos de drogas, con usos indebidos o no, usos medicinales, usos recreativos. De popularidad y accesibilidad creciente, como fenómeno global, lo que obliga a retomar en las agendas políticas las necesarias políticas de salud propias de este campo, tomando iniciativas orientadas a las personas, los colectivos y las instituciones.

4. Los **factores de riesgo y de protección** pueden afectar a niños y adolescentes, a población adulta y anciana, a hombres y mujeres, durante diferentes etapas de sus vidas. En cada etapa, hay riesgos que se pueden cambiar a través de intervenciones preventivas. En el caso de la infancia y adolescencia, podemos cambiar o prevenir los riesgos ante conductas autoagresivas y de consumo de sustancias, con intervenciones familiares, escolares y comunitarias para que los niños/as desarrollen conductas positivas apropiadas. Si no es así, los comportamientos negativos pueden llevar a riesgos, tales como el fracaso académico y dificultades sociales, que aumentan su riesgo para el abuso de drogas en un futuro no lejano.

Conocer los factores de riesgo y de protección es vital para la prevención de las adicciones, y para desarrollar programas de intervención ajustados a las necesidades de las personas al objeto de trabajar en reforzar dichas características positivas. Describir, sucintamente, los contextos de vulnerabilidad y el riesgo de exclusión social, particularmente en la experiencia migratoria y personas sin hogar es importante, con los posibles efectos nocivos en la salud mental de las personas que se encuentran, de manera intensa y continua, en estas situaciones. No solo existe una vulnerabilidad orgánica y psicológica, también podemos hablar extensamente de una vulnerabilidad sociocultural no menos importante.

5. Hay una doble tendencia de las **crisis económicas** en el consumo de drogas: incremento global del consumo y cambio en el tipo de sustancias más consumi-

das. En este cambio quizás intervengan factores relativos al precio de las sustancias y la disponibilidad de dinero en épocas de crisis a lo que se añadirían una “inseguridad estructural” que conlleva una mayor vulnerabilidad individual y una mayor tendencia a la seguridad como aluden las teorías del shock y el precariado. Así, el perfil del nuevo consumidor postcrisis es el de un consumidor de drogas más baratas y que son socialmente percibidas como más seguras (alcohol y cannabis).

El incremento del consumo de “drogas refugio”, como el alcohol y el cannabis, puede ser una respuesta transitoria en la primera fase de la crisis, que es sobre la que tenemos datos, pero puede que en una situación de cronificación de los efectos sociales, se genere un viraje hacia el uso de drogas de mayor nivel de riesgo.

6. La investigación sobre salud y enfermedad, de la cual el uso de drogas es parte, ha estado muy influenciada por la perspectiva funcionalista proporcionada por el análisis sobre el rol del enfermo y el papel del médico en la legitimación de este rol. Enfermo y paciente fueron descritos como masculinos a pesar de que trataba de hacer una teoría de la acción humana neutral en el género.

Una **perspectiva de género** sensible será aquella que permita ver las mujeres y explicar el mundo desde la perspectiva de las mujeres. Esto significa que poderosas dinámicas de género estructuran culturalmente, políticamente y económicamente los significados de la “masculinidad” y la “femineidad” y que las divisiones entre lo privado y lo público de la vida social no se toman como dadas sino que son problematizadas y situadas en el frente del análisis. Así, realizar un análisis feminista del uso de psicofármacos por las mujeres precisa revisar críticamente el trabajo previo y hacer visible el “paradigma invisible” del trabajo hecho desde lo masculino. Desde una perspectiva sensitiva al género en el uso de psicofármacos, las categorías de mujeres y sistema de género no son tomadas como dadas sino problematizadas y situadas en primer plano del análisis. Si esta distinción se asume se alcanzará una mejor comprensión del uso de drogas por las mujeres, específicamente de los psicofármacos.

7. Los **medios de comunicación** son una importante fuente de información acerca de los problemas de salud. Son un agente de socialización debido a su gran credibilidad. La salud en TV (considerada accesible, directa, divulgativa, familiar, abierta y ligada a la prevención) y la radio, por su parte, vista como cercana, cómplice e interactiva, pueden tener un elemento positivo: introducir dosis de salud en los programas.

Las drogas ilegales han ocupado un espacio notorio en los medios de comunicación, donde asocian la droga con algunas palabras (delincuencia, inseguridad, marginación, atraco, asalto, muerte, sobredosis, adulteración) que reflejan la visión del drogadicto-delincuente, asociado a temas represivos y policiales sobre la del drogadicto-enfermo. Dan una visión con muchos tópicos, sobre-representando los aspectos delictivos. Ello genera una visión del mundo de la droga ambigua e indefinida, al no tener un carácter preventivo.

Los profesionales de la salud que trabajan en el campo de las drogas valoran importante que mejore la relación con la prensa, que procuren evitar acciones de confrontación en su relación con los profesionales de los medios de comunicación y acercarse a los líderes y gestores de los medios de comunicación. Será importante realizar investigaciones sobre los efectos de los mensajes de drogas que aparecen en los medios de comunicación, son una línea a desarrollar. Y trabajar para que las redes sociales sean un aliado de la prevención. Es importante estar en las redes sociales, tener presencia activa, contestar a mensajes que fomentan el consumo sin control, tomar iniciativas favorables a la prevención, ir hacia un modelo 2.0 de prevención.

8. Sobre las primeras experiencias de contacto con las sustancias en un primer momento se usan las sustancias psicoactivas de forma lúdica, para la diversión, pero después, con el paso del tiempo, pasan a ser un refuerzo negativo.

- El consumidor inveterado ya no siente placer y termina acostumbrándose a vivir en un estado de conciencia alterado que le es genuino, instalado en la sensación de irrealidad, con ritmo vital diferente, donde el mundo “normal” se torna ajeno y hostil.
- La diferencia entre lo sano y patológico viene determinado por los comportamientos extremos, su intensidad y frecuencia. Una enfermedad que angustia, limita e invalida a la persona.

9. La Evaluación de las adicciones constituye un proceso complejo que se basa en una exploración minuciosa y detallada de diversas áreas implicadas.

- La historia toxicológica abarca datos acerca del consumo de todas las sustancias consumidas explorando: cantidades consumidas, vías de administración, circunstancias de la ingesta, periodos de consumo, descripción de tratamientos anteriores, factores de recaídas y disposición al cambio, . . .
- Exploración de las complicaciones orgánicas y psicosociales del consumo excesivo.

- Exploración psicopatológica detallada de los síntomas presentes, tratando de establecer una cronología de los trastornos a lo largo de la vida e interrelacionando las modificaciones sintomatológicas con la circunstancias del consumo de las drogas tratando de dilucidar los síntomas inducidos vs comórbidos.
- Elaboración de un juicio diagnóstico inicial que pasadas unas cuatro semanas de abstinencia puede dar paso a un diagnóstico de confirmación. Mientras no se pueda alcanzar un diagnóstico categorial, conviene apoyarse en cuadros sindrómicos.
- En el proceso terapéutico, las complejas tomas de decisión obligan a re-evaluaciones frecuentes que conllevan reajustes de los objetivos e intervenciones

10. La evaluación institucional se lleva a cabo desde:

- Observatorio Español sobre la Droga y las Toxicomanías.
- Observatorio Español sobre Drogas que analiza los indicadores básicos del Plan estadístico Nacional: Indicador Admisiones a Tratamiento por Consumo de Sustancias Psicoactivas, Indicador Urgencias Hospitalarias en Consumidores de Drogas, Indicador Mortalidad por Reacción Aguda a Sustancias Psicoactivas.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT).
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD).
- Organización Mundial de la Salud (OMS).

11. El síntoma nuclear de las adicciones se centra en la pérdida de control no solo con las sustancias sino también sobre las conductas y sentimientos; la abstinencia se caracteriza por: temblor, malestar general, hipertensión, hiperreflexia, taquicardia, náuseas, vómitos, sudoración. Con la abstinencia resulta frecuente experimentar fenómenos de desrealización y despersonalización, sensación de vacío existencial e inseguridad.

- Kindling: después de repetidos síndromes de abstinencia, estímulos de intensidad sub-umbral desencadenan cuadros comiciales.
- El sentido de irrealidad del adicto no consiste en un estado de conciencia alterado sino en una consciencia diferente, egocéntrica.
- Características de la dependencia emocional:
 - un patrón crónico de demandas afectivas insatisfechas que llevan a la persona a buscar desesperadamente satisfacerlas mediante relaciones interpersonales

- visión negativa y limitada de sí misma
- excesiva fusión con sus parejas u otras personas
- ansiedad de separación
- aferramiento excesivo a la pareja.

12. Edwards y Gross describen el **síndrome de dependencia** del alcohol definido por: compulsión subjetiva hacia la bebida, limitación o estrechamiento del repertorio de bebidas, prioridad dada a las actividades relacionadas con el consumo de alcohol, incremento de la tolerancia al alcohol, síntomas de abstinencia, consumo de alcohol para aliviar la abstinencia y rápida reinstauración del síndrome después de un periodo de abstinencia a la bebida

- Las principales **adicciones sin drogas** o adicciones psicológicas son el juego patológico, adicción al sexo, a las compras, a la comida, al trabajo, al ejercicio físico, Internet, teléfono móvil, etc. Fenómeno similar a las dependencias a sustancias aunque con matices. Una adicción tiene cuatro elementos: fuerte deseo, incapacidad para detener la conducta, angustia emocional cuando no se realiza actividad y persistencia de la conducta. Conducta que inicialmente tienen como finalidad obtener un refuerzo positivo (aspecto placentero) y que terminan controladas por refuerzo negativos (alivio de la tensión emocional).

13. Para tener **Criterios Diagnósticos** adecuados se recomienda utilizar un diagnóstico multiaxial. Tanto CIE-10 como DSM IV establecían diferencias entre dependencia y consumo problemático (abuso y/o consumo perjudicial). En el DSM V

- o Unifica los diagnósticos en torno al Trastorno por uso de sustancia.
- o Desaparecen los trastornos de: abuso, dependencia, consumo perjudicial.
- o Se impone el criterio psicométrico sobre el criterio clínico.
- o Determina niveles de gravedad: leve, moderado y grave.
- o Reconoce el trastorno de juego.

El Diagnóstico se basa en las historias toxicológica y psiquiátrica, y sus relaciones con el consumo de sustancias, la cronología de los trastornos e interrelación entre ellos. Se apoya en el uso de cuestionarios: EuRoPASI, CAGE, AUDIT, SADS, DIS, SCID, EDIC, SDS, PRIMS, Escala de despersonalización de Cambridge (CDS), etc. Y en cuanto a la personalidad: Roscharch Oral Dependency (ROD, Thematic Aperception Test (TAT), MMPI, Millon, Interpersonal Dependency Inventory (IDI)

14. Patología dual, se trata de un fenómeno complejo por la presencia de dos enfermedades: adicción y mental. Se postula la involucración de circuitos ce-

rebrales comunes, de los cuales el más mencionado es el dopaminérgico, afectado en conductas adictivas a sustancias y comportamentales, pero también en la depresión, esquizofrenia y otros trastornos mentales, al mismo tiempo en la forma que el estrés crónico puede incidir en el riesgo de conductas adictivas.

- Distintas hipótesis etiopatogénicas actuales:
 - Modelo unitario donde ambos trastornos son manifestaciones del mismo proceso
 - Modelo de alteración psiquiátrica secundaria al consumo de drogas
 - Modelo de consumo de drogas secundario a una alteración psiquiátrica
 - Modelo bidireccional
 - Modelo de independencia biológica.
- Complicaciones más destacadas son: manifestaciones muy graves y complejas, más conductas disruptivas/violentas, inestabilidad familiar y marginación social, mayor número de tentativas suicidas, dificultad en la relación médico-paciente, mayor sobrecarga asistencial, mayor sensibilidad a los efectos secundarios del tratamiento farmacológico, baja adherencia y cumplimiento del tratamiento, peor pronóstico y mayor número de recaídas.

Se trata de una entidad clínica que requiere de conocimientos que no son solo la suma de las habilidades y competencias necesarias para el adecuado tratamiento de ambos trastornos por separado.

También nos encontramos con las cuestiones propias del estigma: la persona adicta es alguien que eligió tomar drogas, en contraposición al enfermo mental que no ha dependido de sus decisiones. Es más aceptable socialmente en muchos países hablar públicamente sobre los problemas personales relacionados con enfermedades mentales. En cuanto a la adicción, el sentimiento de muy amplios sectores, es que el adicto es mala persona e irresponsable, cuya conducta le ha llevado a consumir algo sabiendo que la mayoría de las drogas son ilegales.

15. El Tratamiento suele tener con objetivo esencial de la abstinencia pero en caso de dependencias graves se planteará la reducción del consumo y de los daños.

- En las adicciones sin sustancias no se puede plantear la abstinencia pero si el re-aprendizaje del control comportamental, con iniciativas de afrontamiento, exposiciones programadas, aprender a modificar distorsiones cognitivas, resolver la sintomatología depresiva y de ansiedad, y caminar hacia cambios en un estilo de vida más gratificante.

- Los abandonos del tratamiento resultan muy frecuentes obligando a cuidar el vínculo terapéutico y la motivación a lo largo de todo el complejo proceso.
- El Plan Terapéutico contempla la combinación de intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y sociolaborales desarrolladas por equipos multidisciplinares desde un abordaje integral.
- En el tratamiento farmacológico se intentarán simplificar las tomas y evitar la polifarmacia. En el proceso se retirará progresivamente la intensidad de la contención
- El Objetivo final pretende que la persona en tratamiento vislumbre la posibilidad de existir de forma autónoma y confiando en su propio criterio. Necesitará aprender a separarse del terapeuta. Una persona autónoma significa que construye su proyecto de vida, que es capaz de vivir en soledad y convivir, sin ahogar ni dejarse ahogar por los demás. Con su propio criterio, que respeta y es capaz de respetar a los otros; una persona consciente de sus necesidades y de sus deseos, de sus pensamientos, valores y emociones; independiente que no utiliza a los demás para llenar los vacíos de su vida.

16. En el **proceso terapéutico** ¿qué ocurre cuando la formación de los diferentes terapeutas es muy diferente? Será adecuada una base psicodinámica, imprescindible un análisis de recaídas, necesario manejar las situaciones de riesgo y todo esto conlleva que reconozcamos que estamos frente a un modelo integrador de cambio.

Una propuesta donde lo diferente puede caber, donde se puede fomentar la creatividad frente al corsé de los modelos psicoterapéuticos que se venden como únicos y cuyos ejes fundamentales son: a) entender la función del síntoma, entender que el problema es funcional; b) el tratamiento debe ser por objetivos; c) se deben aplicar en los grupos de trabajo metamodelos o modelos comunicacionales; d) el grupo de terapia; e) la familia o las figuras de apego; f) y lo comunitario.

Deseable plantear un sistema donde todos ganemos y donde puedan caber todos.

Se hace necesario apostar por el empoderamiento, y por la participación frente a la indolencia social y fomentar la resiliencia (capacidad para superar las circunstancias de especial dificultad, gracias a sus cualidades mentales, de conducta, y adaptación). El objetivo es encontrar una mayor equidad en los pacientes, algo deseable para toda la sociedad en conjunto.

17. La Red sanitaria requiere de un Equipo multidisciplinar, siguiendo el modelo bio-psico-social con profesionales como psiquiatra, médico, psicóloga, enfermera, trabajadora social, educador social, terapeuta ocupacional, auxiliar de clínica, celador, auxiliar administrativo y personal de seguridad. Estos profesionales precisan de una formación tanto en psiquiatría como en adicciones

Algunas intervenciones se llevarán a cabo desde todos los miembros del equipo: conciencia de enfermedad o enfermedades, prevención de recaídas, motivación para los cambios. . . Entre todos los profesionales escriben una Historia clínica única, con un estilo de entrevista de tipo motivacional con escucha reflexiva y empática y promoción de las decisiones hacia el cambio.

- La Atención primaria es la puerta de entrada a la red donde se realiza la detección del caso y diagnóstico diferencial entre abuso vs dependencia, es el lugar de aplicación de la Intervención breve en el consumo problemático, tratamiento de la dependencia leve y prevención.
- La Atención especializada proporciona especialización (adicción y psiquiatría) y contención externa de distinta intensidad (ambulatorio, residencia, comunidad terapéutica y hospital).

18. Un paciente es tratado por varias instituciones al mismo tiempo, su pronóstico será mejor si esas instituciones están en contacto entre sí, si hay **trabajo en red** como práctica colaborativa entre profesionales. En esta sociedad la red de atención necesita que cada uno encuentre su beneficio, cada uno trate su área, sanitaria, educativa, y acote su actuación y sostenga su acto.

Los sectores más directamente afectados en esta necesidad de trabajar en red son el tercer sector y el ámbito público. En una época de crisis ya no se trata de crear más recursos sino de entendernos y trabajar juntos. No se trata de dividir y crear fronteras y parcelas entre sanitarios sino de unir, sumar. . .

19. Los hallazgos en **investigación farmacológica** de aplicación en las adicciones no son muchos. Los resultados de las vacunas de la nicotina y la cocaína no han sido alentadores, han sido muy modestos y hay serias dudas de que deban ser administradas a todo el colectivo, e incluso se debe tener en cuenta que los tratamientos psicológicos están ofreciendo buenos resultados. Algunas indicaciones para que una vacuna de este tipo fuera realmente atractiva son que sirviera para todas las adicciones puesto que ya sabemos que la mayoría de los usuarios son politoxicómanos, y que la vacuna debería ser duradera puesto que los pacientes

suelen recaer pasado largo tiempo. A considerar el futuro de la farmacogenética en las adicciones.

20. Recordamos las 10 recomendaciones de la OMS a los países en desarrollo para reducir la **brecha de tratamiento** en el ámbito de la salud mental: dispensar tratamiento en la atención primaria; asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos; prestar asistencia en la comunidad; educar al público; involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores; establecer políticas, programas y legislación; desarrollar recursos humanos; establecer vínculos con otros sectores; vigilar la salud mental de las comunidades; apoyar nuevas investigaciones. Es urgente estructurar tanto tratamientos preventivos como farmacológicos e integrales, y aquéllos orientados a la reducción del daño, todo ello adecuado a la magnitud de la demanda.

Por otro lado, se formularon algunas recomendaciones para superar las barreras para la atención en salud mental y reducir la brecha de tratamiento: 1) voluntad política, 2) promoción de la causa de las personas con enfermedades mentales, 3) creación de servicios comunitarios de atención en salud mental de nivel secundario, 4) utilización más eficaz de los recursos disponibles formales e informales.

21. Mediante la **prevención** en materia ya sea de adicciones juveniles, en procesos de cronificación de la exclusión social o en dinámicas asistenciales patológicas en profesionales sanitarios, en calidad de actos de prever - intentar ver antes de que venga-, se trata de anticipar posibles efectos adversos de usos/abusos problematizados. Supone no solo concienciar acerca de la diversificación y perversidad de los riesgos asociados, sino desde una perspectiva capacitadora, representa entrenar al individuo para la gestión de tus tomas de elección, educar en la responsabilidad individual sin descuidar las intervenciones de agentes familiares proveedores de recursos socioafectivos, la implicación de agentes educativos y comunitarios y las obligaciones institucionales para con la ciudadanía en general y, en especial, para colectivos vulnerables. Sus mecanismos de acción, alcance e implicaciones se diversifican a facetas como la educativa, la familiar, la social o la política, entre otras. Frente a la institucionalización de las medidas de prevención e intervención psico-educativa, familiar o comunitaria cualquier plan de actuación en materias como las citadas, que concitan tanta sensibilidad social, ha de ser comprehensivo e integral y adaptado a las circunstancias coadyuvantes, dada la interrelación compleja de los múltiples factores implicados.

22. En **investigación social** construimos la realidad a través de nuevas teorizaciones, ideologías, actos de poder, métodos y técnicas de análisis. Desde una perspectiva psicosociológica no podemos por menos que confirmar que una gran parte de la vida humana es como es a causa de influencias interpersonales, sociales y culturales. De ahí la necesidad de evaluar e intervenir asumiendo la corresponsabilización de diversas agencias y estamentos en semejantes procesos gestantes ya sea del calificado como el problema de la droga o en la construcción social de la norma y la desviación. La exclusión de toda duda sobre la bondad e idoneidad de los métodos de acción institucionalizados dificulta la acción crítica ante toda evidencia que se supone como tal. Atendiendo los presupuestos del principio de no separabilidad entre la realidad y sus condiciones de posibilidad hemos de aceptar la estrecha relación que vincula el discurso oficial sobre la droga y la exclusión social con el entramado cultural, vivencial, normativo y social en el cual se inserta y que, propiamente, lo constituye. Bien podría tratarse, de la falacia teleológica denunciada por Foucault, mediante la cual se corre el riesgo de que el producto creado (“los integrados y los desviados”) aparezca como la consecuencia lógica del propio proceso que lo ha gestado, no siendo sino, un ilusorio principio determinista que imprime un carácter de necesidad a lo que no pasa de ser contingente. Hemos de reflexionar, pues, sobre quiénes son “los otros” (los llamados insanos, dementes, estigmatizados, diferentes, excluidos, ciudadanos de segunda categoría) y quiénes son calificados como “normales” e integrados, la mayoría, ciudadanos de primera, etc., para percatarnos de que el linde que nos separa a unos y a otros es bastante impreciso e incluso no natural, sino socioconstruido.

23. Como auténtico reto sociosanitario es calificado el **consumo infanto-juvenil** de drogas. La sensibilidad -por no decir abiertamente la alarma- social es mayor cuando se trata de adolescentes y jóvenes, de sus consumos problemáticos en una sociedad cuyas actitudes y representaciones sociales sobre las drogas siguen siendo no solo subrepticia sino abiertamente permisivas, aunque se sirve de los actos de poder para imponer, regular o prohibir. Semejantes comportamientos involucran diversas esferas de lo humano (de índole social, cultural, interpersonal e individual) y que, por ende, deberían operativizarse atendiendo a varios niveles de estudio, máxime teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud. Y es que son múltiples los contextos psicosociales en los que se van socializando nuestros jóvenes, máxime en un mundo plagado de riesgos e incertidumbres, un mundo social cada vez más diversificado.

Dada la complejidad de la problemática objeto de análisis:

a) se propone la programación de propuestas de prevención e intervención integral desde las que se aborden los diversos contextos psicosociales en los que se gestan y desarrollan tales consumos problemáticos;

b) se promueven acciones de intervención muy diversificada para tratar de abarcar la naturaleza multifactorial de las adicciones juveniles;

c) se priorizan intervenciones sociosanitarias acordes con una nueva cultura sobre las drogas, desde las que se superen otras modalidades coercitivas centradas en un discurso estigmatizante del usuario;

d) se articulan propuestas de prevención basadas en la retroalimentación de poderes: familia, escuela y comunidad, dada la demanda de intervenciones contextuales, que complementen la educativa-preventiva -si bien evitando institucionalizar las actividades de Educación para la Salud lo cual podría conducir a una ritualización de las mismas- y las intervenciones preventivas familiares, así como la necesaria y fructífera colaboración entre padres y educadores y, asimismo,

e) se incide en la conveniencia de la implementación de estrategias multimodales con acciones de capacitación comunitaria, así como la propia valoración de recursos, labores de formación de profesionales, políticas locales reguladoras de contextos recreativos y promotoras de la educación en el ocio y el tiempo libre, modalidades de prevención ambiental, concienciación y movilización de la comunidad y la ciudadanía crítica, así como intervenciones en los escenarios y con los colectivos implicados en el proceso de socialización juvenil, a nivel psicoeducativo y comunitario que han de formar parte de propuestas de acción integral con la participación activa de agentes socializadores (familia y profesorado) y del área socio-institucional (sanitarios, administradores locales, etc.) que han mostrado mayor eficacia preventiva.

24. El impacto de las calificadas como **Nuevas Tecnologías** de la Información y la Comunicación (TICs) -y en especial las **redes sociales** como Youtube, Facebook, Twitter, Whatsapp, etc. como espacio predilecto de socialización juvenil- sobre el uso de drogas en el colectivo juvenil ha de ser abordado incidiendo en los impactos sobre las intervenciones preventivas en el ámbito social, sanitario y educativo. Atendiendo el objetivo de mostrar cómo se extrapola lo aprendido en el campo de la prevención de drogodependencias del espacio offline al online se ofrece una revisión de diversos estudios de interés, como el Proyecto Europeo Drojnet o la investigación pionera realizada por el Instituto Deusto de Drogode-

pendencias y se advierte acerca de las implicaciones de la “cultura social digital del alcohol” sobre la percepción de los riesgos asociados a consumos problemáticos. Siendo conscientes de la importancia del uso de las nuevas tecnologías en labores de prevención y tratamiento (véase las aplicaciones “Respirapp”, “QuitNow!”, “Kwit”, “Nicostopper”, etc.) y la necesaria diversificación de intervenciones de expertos en adicciones fomentando sinergias que abunden en la optimización de la atención a los colectivos implicados.

25. Una propuesta: que en los centros se desarrollen **mecanismos de prevención y protección**, medidas de actuación dentro de modelos integrales de cuidado institucional que posibiliten identificar deterioros de la salud física y mental de los profesionales sanitarios con dinámicas asistenciales patológicas (síndrome burnout) y se operativicen estrategias de acción, dada la responsabilidad de las instituciones clínico-asistenciales. Estrategias de mejora de la comunicación, tanto a nivel intragrupal —con apoyos ante el desgaste profesional y acuerdos que permitan encontrar consonancias entre la amplia diversidad de enfoques terapéuticos— así como con respecto a los propios pacientes en condiciones de por sí estresantes, han de ser reforzadas institucionalmente. Crear y consolidar un clima socioafectivo adecuado en cualquier organización laboral es prioritario para gestionar adecuadamente los recursos humanos, lo cual redundará favorablemente no solo en beneficio de un buen factor de clima laboral, de soporte emocional y de crecimiento personal, sino en las actuaciones terapéuticas, en los vínculos entre profesional y paciente, así como en la anticipación de posibles abandonos terapéuticos. A potenciar el autocuidado como una responsabilidad personal de cada profesional, refo- calizar la atención también en uno mismo, visibilizar los malestares emocionales expresándolos libremente, evitar la sobreimplicación en la vida de los pacientes, reubicar la responsabilidad del desgaste profesional donde corresponda, favorecer la cohesión entre los miembros de los equipos, compartir la responsabilidad de las decisiones de riesgo que debe tomar cada miembro del equipo, favorecer la retroalimentación de reconocimiento por parte de la dirección y la institución hacia los trabajadores, así como concitar apoyos para la formación y capacitación permanente del personal.

26. El fortalecimiento del valor del vínculo y el análisis de los procesos de **inca- pacitación y tutelaje** con personas en situación de grave exclusión y con problemas de adicciones puede partir de la constatación de que el sistema de protección

social destinado a cubrir necesidades sociales y sanitarias de estos colectivos destinatarios se insta a promover un tejido socioasistencial proveedor de derechos como parte constitutiva de una justicia social. Frente a la visión victimizadora y pasiva del colectivo drogodependiente que los sitúa al margen del sistema social es posible la reflexión sobre la necesaria revisión y actualización de las políticas y actuaciones en reducción de daños e inserción social en materia de drogodependencias. Dando importancia a los procesos individualizados, planificando y gestionando itinerarios personalizados de trabajo así como se insta a la recuperación de dinanismos vitales como base del capital relacional del que se derivan múltiples implicaciones y beneficios psicosociales si es gestionado óptimamente. Bajo cinco criterios básicos se sustenta una nueva visión de la inserción social que trata de adecuar la intervención a la realidad social de las personas en situación de exclusión social: a) considerarlas como sujetos activos del proceso terapéutico; b) potenciación del trabajo en red favorecedores de la inclusión social desde la complementariedad; c) ofrecimiento de recursos de calidad orientados a la satisfacción de las necesidades de la persona usuaria; d) trabajo basado en el acompañamiento en el proceso de inserción social y, asimismo, e) avance en la construcción de una comunidad acogedora y accesible, de carácter abiertamente inclusivo. En ciertas condiciones adversas los procesos de incapacitación y tutelaje representan actuaciones en el ámbito civil relacionados con el hecho de que en algunos casos el abuso, dependencia u otros trastornos inducidos por sustancias puedan considerarse como enfermedades o deficiencias persistentes que impidan a las personas gobernarse a sí mismas.

27. En la Convención de la **ONU** celebrada también en Nueva York en 1998, con similares orientaciones a las décadas precedentes, “Un mundo libre de drogas, podemos conseguirlo” fue su lema para lograr la reducción de la oferta y la demanda de drogas ilícitas para el año 2008. Mucha retórica para mantenerse en el mismo discurso y en la misma cruzada decimonónica contra las drogas. Pero en los últimos años, muchos países han ido cambiando silenciosamente sus políticas, despenalizando consumos en algunos casos, también algunos Estados latinoamericanos y del Norte han regulado y legalizado algunas sustancias anteriormente prohibidas, y en otros, apostando de forma clara por el tratamiento y la inserción social de las personas con dependencia desde perspectivas psico-educativas, en vez de centrar sus esfuerzos en la persecución y condena, puesto que después de tantos años ha quedado claro que esa “guerra contra las drogas” no ha funcionado.

28. Tras años bajo el paternalismo autoritario médico y científico, con el apoyo de sistemas sanitarios centrados en el paciente, ahora tendríamos que abrirnos hacia un sistema más democrático en su gestión, la financiación, la planificación y la investigación. En un contexto como el actual, en el que nos enfrentamos a un **cambio de paradigma** en la política internacional de drogas, resulta clave desarrollar canales de participación reales y efectivos en los que las organizaciones de la sociedad civil y, sobre todo, las personas afectadas por las políticas, puedan participar en condiciones de igualdad y respeto aportando su experiencia y conocimiento de la situación sobre el terreno. Sin esta participación, se corre el riesgo de que el nuevo paradigma que está naciendo cometa los mismos errores que el anterior: dejar fuera a los verdaderos protagonistas del cambio.

29. En la atención a las drogodependencias es necesario la **gestión y control de calidad**, ya que se trata de una actividad caracterizada por la variabilidad. Esta variabilidad, presente en la atención sanitaria, aumenta a medida que el sistema sanitario se vuelve más complejo. A ello no es ajeno el tratamiento de las adicciones. La evolución de la sociedad, determina nuevas expectativas y exigencias, de forma que el ciudadano, la sociedad y las políticas sanitarias esperan de los profesionales no solo su tradicional capacidad para promover la salud, prevenir y curar la enfermedad y rehabilitar al enfermo, sino que también que sean gestores de los recursos disponibles, que actúen dentro de un marco ético en continua expansión, que incorporen sistemas de valores individuales y colectivos, que sean capaces de tomar decisiones y que comuniquen bien y establezcan relaciones con los más variados interlocutores.

30. **La Ética y el Derecho** pertenecen a la Axiología, si bien existen diferencias notables entre ambos; el carácter coercitivo del Derecho y su forma de manifestación externa -las normas jurídicas- es la principal. Ello no es obstáculo para constatar una influencia mutua entre ambos, como sucede entre la Bioética y el Derecho. La Bioética aspira a aportar al Derecho orientaciones en la tarea de determinar los valores/principios que han de inspirar al legislador en el tratamiento de la persona adicta. En tal tarea, la política tiene un protagonismo esencial. Cabría decir que ciencia, derecho y política son magnitudes imprescindibles para configurar la bioética.

31. De la experiencia acumulada en las últimas décadas, disponemos de certezas claras y manifiestas que pueden ser de gran ayuda a la hora de reflexionar y

aportar criterios que nos ayuden a sentar las **bases de una política diferente** a la actual:

- Las drogas y sus diversos usos y consumos, son una parte importante de la humanidad. No se puede acabar con las drogas.
- Las drogas no son dañinas de por sí (depende de la cantidad, del uso que se haga, de la situación personal de quien consume y, también, del contexto en el que se consuma, pueden tener efectos beneficiosos o perjudiciales. Su uso no implica necesariamente problemas, más bien, determinados consumos pueden suponer riesgos que sectores diversos de la población (no únicamente los jóvenes) desean experimentar.
- Las drogas aportan aspectos positivos que se deben tener en cuenta. No es posible hacer una política sobre drogas si básicamente se tienen en cuenta los aspectos más negativos.
- Nuestros hábitos sociales, culturales y económicos están inmersos en una sociedad de consumo donde, gran parte de los estímulos se destinan a crear la necesidad de consumir todo tipo de productos. También algunas drogas como alcohol, tabaco, café o fármacos. En un contexto de sociedad consumista, la política prohibicionista trata de imponer el NO a las drogas, sin embargo dicha imposición no va dirigida a todas las drogas sino a las sustancias incluidas en las Listas de sustancias estupefacientes de los Convenios Internacionales.

32. Según los datos que actualmente disponemos, la **situación actual** es clarificadora:

- Con la política prohibicionista, incluso en espacios cerrados y custodiados, las personas que quieren consumir este tipo de sustancia, si tienen recursos económicos, la prohibición no es un obstáculo para su obtención y consumo. La prohibición legal no logra disminuir y menos suprimir el consumo de 'drogas'.
- Los efectos secundarios consecuencia de la política prohibicionista, relacionados con la salud, lo social, lo económico, lo político, etc. y, sobre todo, la interrelación de estos efectos secundarios, exigen cambios profundos desde el ámbito internacional hasta el local.
- En los usos de algunas sustancias hoy en día consideradas ilegales los riesgos personales principales pueden provenir del propio sistema legal y penal, más que los riesgos para la salud o la forma en que son usadas.

La humanidad tiene amplia experiencia en diferentes maneras de relacionarse y regular las cuestiones relacionadas con las drogas. Es fundamental aprender a

convivir con estas sustancias. La práctica demuestra que se pueden hacer usos responsables y/o moderados de diferentes tipos de drogas.

- El control internacional prohibicionista respecto a las sustancias denominadas drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas no es algo estático sino un proceso continuo.
- El prohibicionismo tiene recursos para adaptarse a realidades muy diversas. La mayor o menor dureza de las políticas de drogas no tiene una relación directa con los efectos más o menos nocivos de determinadas sustancias sino, sobre todo, con cuestiones económicas, políticas e ideológicas.
- Desde el conocimiento científico actual, los motivos por los que se introdujeron la hoja de coca y el cáñamo en los diversos Convenios Internacionales en esta materia, no disponen de base suficiente.
- Las políticas en materia de drogas deben basarse en el respecto de los derechos humanos y en la profundización en los derechos y libertades propios del Estado social y democrático de Derecho.

33. Con la propuesta de **normalización** van a desaparecer los problemas relacionados con este tipo de sustancias, de igual manera que actualmente ocurre con el alcohol, el tabaco o los fármacos. La propuesta es un paso decisivo para que desaparezcan la mayoría de los efectos secundarios —los producidos por la actual política (adulteración, control social formal a amplias capas de la población con riesgo de inicio en conductas delictuales, el denominado blanqueo de dinero, etc.)—, pero también van ser necesarias campañas de información, de prevención y promoción de salud, programas para reducir riesgos y evitar daños con determinado tipo de consumos. No desde la moralidad sino desde la evidencia científica, desde los derechos, libertades y responsabilidades que tenemos las personas.

Ir hacia la normalización del fenómeno social de las drogas implica replantearse las bases de la relación económica —y política— entre los países del planeta, y la labor que han jugado —juegan y jugarán— tanto Naciones Unidas como los países más poderosos, en una redistribución de todo tipo de recursos.

