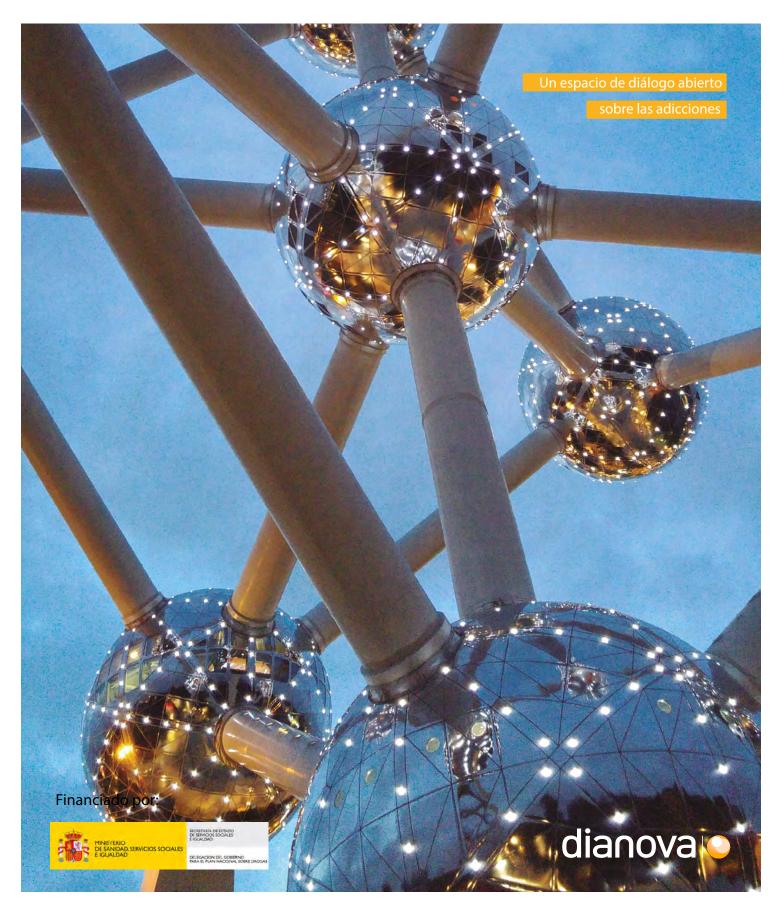
infonova

> revista profesional y académica sobre adicciones



Financiado por:



ASOCIACIÓN DIANOVA ESPAÑA

Director Gerente

Santos Manuel Cavero López

Calle Coslada, 18 28028, Madrid T. (+34) 91 468 87 65 F. (+34) 91 468 87 87 dianova@dianova.es infonova@dianova.es www.dianova.es

Edición

Asociación Dianova España

Diseño y maquetación

Departamento de comunicación corporativa y marketing social Asociación Dianova España Técnica de comunicación: Alejandra del Campo Peñalver Colaboradora: Mª Mercedes Ponce Molino

Fotografía de la portada

En la portada la fotografía ganadora del *I Concurso de Fotografía Infonova*, de la autora Eva Dolado

Imprime

Diseño Sur, SCA

Depósito Legal

M-5821-2014 ISSN 2341-2416

Asociación Dianova España no comparte necesariamente las opiniones expresadas en los artículos publicados. Los únicos responsables son sus propios autores/as



Índice

	Santos Manuel Cavero López	5
_	EDITORIAL Rosa Mª Frías Reina	6
	INFONOVA EN EL CONTEXTO DEL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS 2013-2016	7
	ADICCIONES EN GENERAL	
	Avanzando en la controversia del transtorno bipolar con o sin adicción: ¿Existen diferencias significativas? Diego Barral y otros	9
	ADICCIONES Y JUVENTUD	
	Rasgos de personalidad implicados en el consumo de drogas en adolescentes Esther Claver Turiégano.	. 21
	Análisis del impacto del cine y las series de televisión contemporáneas en las pautas de consumo de drogas y otras adicciones de los jóvenes Antonio Jesús Molina Fernández	. 33
	ADICCIONES Y FAMILIA	
	La importancia de la familia de la persona drogodependiente en los programas de reducción de daños Eva Gutiérrez Hernanz	. 49
	NUEVAS TENDENCIAS EN PREVENCIÓN, INTERVENCIÓN Y TRATAMIENT DE ADICCIONES	O
	Personas sin hogar y modelo de desarrollo positivo. Una propuesta de intervención Dra. Joana Calero Plaza y Zaray Cabrera Gómez	. 59
	Las adicciones en la población mayor David Roa Arbeteta	. 69
	HISTORIA Y REFLEXIONES SOCIALES Y POLÍTICAS	
	Etnografía y consumo de drogas. Relatos para la gestión de la salud pública	

Antoniu LLort Suárez73

Índice

Imágenes utilizadas

En la contraportada fotografía de Toni Tort. En el interior fotografías de Josep Vilalta, Eva Dolado, Alejandra del Campo, propiedad de Asociación Dianova España y otras procedentes de pixabay.com. En los artículos se han utilizado las imágenes aportadas por los autores

RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS

Reseña del informe 2014 "Observatorio Proyecto Hombre sobre el perfil de las personas con problemas de adicción en tratamiento"	
Asociación Proyecto Hombre Antonio Jesús Molina Fernández	89
HAN COLABORADO EN ESTE NÚMERO	91
SI ESTÁS INTERESADO/A EN PARTICIPAR	95

CARTA DE LA DIRECCIÓN

dianova

Santos M. Cavero López

Director gerente. Asociación Dianova España



Esta publicación, número 29 de nuestra revista INFONOVA que me complace nuevamente presentar, tiene en la actualidad una distribución digital de más de 5.000 contactos a nivel nacional e internacional, y cuenta con un elenco de profesionales y académicos brillantes, que cada seis meses comparten su conocimiento y experiencia. Distribución electrónica que se acompaña con una tirada física de 1.200 ejemplares que la sitúan en una posición relevante en el sector de las adicciones.

La revista es un espacio de diálogo abierto y reflexión profunda sobre las adicciones desde todas las perspectivas posibles, contribuyendo desde la multidisciplinariedad a la comprensión del problema; dimensión de análisis que alcanza el abordaje científico interdisciplinar, lo que favorece las potencialidades que las combinaciones e interrelaciones que las diferentes contribuciones de las distintas disciplinas realizan entre sí en el estudio de las adicciones, sus causas, sus consecuencias y sus tratamientos desde el ámbito de la salud, de lo social y desde el individuo.

Nuestro absoluto agradecimiento a la Delegación del Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas,

organismo que tiene el importante destino de coordinar y potenciar las políticas que en materia de drogas se llevan a cabo desde las distintas Administraciones Públicas y entidades sociales en España, y que contribuye con su apoyo financiero e institucional a la continuidad y potenciación de nuestra publicación, INFONOVA, revista en línea con el objetivo del Plan Nacional sobre Drogas de fomentar en el ámbito estatal la actividad investigadora en materia de drogas y de drogodependencias y proponer las líneas prioritarias de investigación que se consideren de interés para sus objetivos.

La publicación, como en los números precedentes y que están a disposición de quien lo solicite (www.dianova.es), presenta y recoge las últimas aportaciones, estudios y resultados de las investigaciones realizadas por estudiosos, académicos, investigadores y profesionales del sector de las adicciones, y continúa su política de favorecer el abordaje de temas actuales y novedosos, como las nuevas sustancias psicoactivas y sus efectos, que preocupan a la sociedad y a las personas que la conforman.

En este número 29, una selección de artículos seleccionados están dispuestos para su lectura, confiando en el enorme interés que seguro suscitan al tratar temáticas muy relevantes en el ámbito de las adicciones.

Les deseo, como en cada número, una lectura apasionada, que disfruten de los contenidos de los artículos como nosotros lo hemos hecho y les invito a que puedan seguir contribuyendo con sus comentarios y sugerencias atinadas, a la mejora de la calidad de INFONOVA.

Cordiales saludos.

EDITORIAL

Rosa Ma Frías Reina

Directora de área gestión de personas. Asociación Dianova España

Asociación Dianova España tiene el honor y el orgullo de presentarles el número 29 de su revista científica sobre adicciones Infonova. En su compromiso con las políticas, estrategias y objetivos del Plan Nacional sobre Drogas, esta revista supone un vehículo de difusión y sensibilización sobre las diferentes perspectivas de las adicciones, contempladas desde una perspectiva biopsicosocial y cuidando mantener los requisitos de carácter científico y técnico que una revista como ésta requiere.

En los últimos años, la evolución del fenómeno de las adicciones ha ido integrando diferentes modalidades de trastornos comportamentales y sociales al tradicional problema del uso de drogas y otras sustancias. Este reflejo, complejo y diverso, se encuentra en el actual número del Infonova, compuesto por diferentes perspectivas que pretenden complementar un enfoque que sirva como marco general de las actuales problemáticas sobre las adicciones.

En este número de la revista Infonova nos encontramos con estudios de problemas puramente conductuales y su relación con los trastornos adictivos, además de estudios culturales y su relación con la salud pública. Seguimos contando con diferentes investigaciones sobre la relación entre la enfermedad mental y las conductas adictivas, pudiendo encontrar artículos sobre los rasgos de personalidad y el trastorno bipolar, así como de su concomitancia con las conductas adictivas. Podemos leer análisis sobre grupos poblacionales y perfiles específicos de personas con problemas de adicciones, como

las personas mayores y las personas sin hogar. No podemos olvidar el papel fundamental de la familia en los programas de intervención en adicciones, en este caso en un programa de reducción del daño. Para concluir, se hace referencia a otros estudios e investigaciones ya publicadas, con el fin de ofrecer otras visiones, otros perfiles y otras perspectivas.

En suma, una vez más, la revista profesional y académica sobre adicciones Infonova pretende ofrecer, una vez más, una publicación abierta, flexible, dinámica, actualizada... Con el compromiso de ayudar en la medida de nuestras posibilidades para poder avanzar en la investigación, prevención e intervención de las adicciones en general. Esperamos que sea de su interés.

Muchas gracias.



INFONOVA EN EL CONTEXTO DEL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS 2013-2016

Asociación Dianova España cuenta con una amplia trayectoria de colaboración con el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, administración que apoya anualmente el funcionamiento de la entidad, a través de la convocatoria para la concesión de ayudas económicas a entidades privadas sin fines de lucro y de ámbito estatal, para la realización de programas supracomunitarios sobre adicciones. Esta labor se enmarca dentro de las competencias de la mencionada administración, tal y como puede apreciarse en su página web:

"Corresponde a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas las funciones de dirección, impulso, coordinación general y supervisión de los servicios encargados de la actualización y ejecución del Plan Nacional sobre Drogas. En el ámbito de las competencias del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, bajo la superior dirección del Secretario de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, asume el impulso de las políticas de reducción de la demanda del consumo de drogas y de los programas de prevención, tratamiento, rehabilitación y reducción de daños".

La revista Infonova es una publicación periódica editada por Asociación Dianova España que cuenta con el apoyo de la Delegación de Gobierno sobre el Plan Nacional sobre Drogas, en el marco de la convocatoria de ayudas a entidades privadas sin fines de lucro y de ámbito estatal, con cargo al fondo de bienes decomisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados, en aplicación de la ley 17/2003, de 29 de mayo, para la realización de programas supracomunitarios sobre drogodependencias en el año 2015, resolución de 13 de julio de 2015, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad (BOE. nº 176, de 24 de julio de 2015).

Infonova es una iniciativa que se inscribe dentro del Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016, dentro del eje 4 de intervención "Mejora del conocimiento básico y aplicado", correspondiendo a la acción número 27 "mejora de la difusión de los datos del sistema de información", que tiene como destinatarios a profesionales, ONG, instituciones y población en general.

Financiado por:







AVANZANDO EN LA CONTROVERSIA DEL TRASTORNO BIPOLAR CON O SIN ADICCIÓN: ¿EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS?

ADVANCING IN CONTROVERSY BIPOLAR PATIENTS WITH/WITHOUT ADDICTION: DO SIGNIFICANT DIFFERENCES EXIST?

Diego Barral

Psiquiatra en Hospital Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. USM del Puerto

Teresa Rosique

Psicóloga Clínica. Hospital Doctor Rodríguez Lafora. Madrid. España

Victoria Sánchez

Psicóloga Clínica. Grupo Laberinto. Madrid. España

Fátima Barral

Enfermera. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. España

Nuria Cruz

Farmacóloga Clínica. Doctora en Neurociencia. Universidad de Barcelona. España

Juan D. Molina

Psiquiatra. Doctor. Hospital Doctor Rodríguez Lafora. Madrid. España

RESUMEN

Determinar si existen diferencias significativas en las variables clínicas y el uso de recursos hospitalarios entre los pacientes con trastorno bipolar comórbido o no en adicciones.

ABSTRACT

To determine whether there are significant differences in clinical variables and hospitalization use between bipolar patients with and without substance abuse.

PALABRAS CLAVE

Trastorno bipolar. Comorbilidad. Trastorno por Uso de Sustancias. Alcoholismo. Adicción.

KEYWORDS

Bipolar disorder. Comorbidity. Substance Use Disorder. Alcoholism. Addiction.

INTRODUCCIÓN

La persistencia de síntomas en pacientes con un trastorno psicótico es todavía una incógnita en el momento actual, sólo 1 de cada 3 pacientes con trastorno psicóticos obtienen una mejoría sintomatológica adecuada con los tratamientos prescritos. Según la American Psychiatric Association (1995) no tenemos una buena respuesta en 2 de cada 3 pacientes cuyos síntomas se cronifican en el mejor de los casos o evolucionan hacia un deterioro cognitivo que limita la autonomía y la calidad de vida del paciente y su entorno.

Son numerosos los factores a los cuales se ha atribuido la persistencia sintomática en la psicosis: los fármacos, el incumplimiento terapéutico, hasta qué punto es la propia enfermedad la responsable de la cronicidad de los síntomas o la presencia de trastornos comórbidos, etc., son preguntas que todavía no han alcanzado respuesta, en qué medida contribuyen a la persistencia de los síntomas.

La comorbilidad es un factor relevante en el análisis de la persistencia de síntomas psiquiátricos en pacientes con trastono psicótico. Puede ser definida como la concurrencia de 2 o más trastornos mentales y/o médicos.

Dentro de los pacientes con trastorno psicótico, destaca un grupo con alta tasa de comorbilidad: pacientes con manía psicótica, también denominados pacientes con trastorno bipolar. Existen extensos estudios epidemiológicos que han demostrado una clara asociación entre los trastornos psicóticos y la comorbilidad psiquiátrica, dicha comorbilidad es particularmente relevante cuando coexisten psicosis y trastorno por uso de sustancias, entre otros motivos por presentar una mayor prevalencia (Kessler et al, 1997: 313-21; Regier et al, 1990:2511-8; Alonso et al, 2004:28-37).

En la literatura médica aparece una controversia acerca de si existen o no diferencias relevantes entre los pacientes con trastorno afectivo bipolar con o sin adicciones. Por un lado encontramos hallazgos tales como los que defienden que los pacientes con trastorno bipolar dual tienen un debut del trastorno bipolar más temprano, presentan un mayor número de hospitalizaciones por trastornos afectivos (Pickering, 2006: 340-9) y un mayor riesgo de suicidio (Black et al, 1987: 878-880), generan un aumento de los costes en servicios psiquiátricos (Aagaard y Vestergaard, 1990: 259-266), experimentan episodios maníacos y depresivos más graves, así como un aumento de la impulsividad v violencia (Salloum et al. 2002:418-421). Por su parte, Rabinowitz (1998) defiende una ausencia de diferencias relevantes en la psicopatología y el curso del trastorno bipolar.

La existencia de contradicciones en la literatura médica acerca del peso relativo de dicha comorbilidad dentro del trastorno bipolar nos lleva a plantearnos la relevancia de dichas diferencias en la práctica clínica habitual en nuestro medio, lo cual tiene gran relevancia ya que las poblaciones de bipolares con comorbilidad en adicciones son excluidas de los ensayos clínicos. En concreto, en este artículo nos centramos en determinar si existen diferencias en aspectos clínicos y de utilización de recursos hospitalarios en una muestra de la Comunidad de Madrid.

MATERIALES Y MÉTODOS

Objetivos del estudio

Determinar si existen diferencias en las principales variables clínicas y en la utilización de recursos hospitalarios entre aquellos pacientes con trastorno bipolar comórbido o no en adicciones.

Diseño del estudio

Se trata de un estudio naturalístico en el que usamos: variables procedentes de los documentos administrativos recogidos por el servicio de admisiones de un hospital de las áreas 4 y 5 de Madrid; y variables clínicas recolectadas por el equipo de psiguiatras y psicólogos clínicos de dicho hospital.

Muestra

La selección de pacientes, la realizamos partiendo de una base inicial proporcionada por el Departamento de Gestión Hospitalaria que incluía un total de 380 pacientes ingresados en nuestra Unidad de Hospitalización Breve durante el período comprendido entre el año 2000 y el año 2010, siendo el criterio de inclusión el presentar un código diagnostico CIE-9 al alta 296 (episodio maníaco o mixto).

Criterios de exclusión

El único criterio de exclusión fue la ausencia de episodios maníacos en dicho período (códigos CIE-9 296.3).

Clasificamos a los pacientes como pacientes con adicción cuando, en el momento del ingreso, cumplían criterios CIE-9 de trastorno de abuso y/o dependencia para al menos una de las siguientes sustancias: alcohol, cannabis, cocaína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos y opiáceos.

Elección del último episodio maníaco

Escogimos el último episodio maníaco porque el trastorno bipolar es una entidad que en sus inicios se puede confundir durante los primeros años de enfermedad con muchos otros diagnósticos tales como: la depresión monopolar, el trastorno de personalidad y la esquizofrenia.

Variables seleccionadas

Las principales variables clínicas recogidas fueron:

- 1. Tiempo de evolución clínica de su trastorno bipolar, medido en años desde el debut hasta el momento de su último ingreso por episodio maníaco. Seleccionamos esta variable para poder realizar un mejor encuadre de las comparaciones realizadas entre ambos grupos muestrales.
- 2. Tipo de Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) presente en la población adicta, y Tipo de TUS por género. Seleccionamos esta variable para poder disponer de más datos acerca del perfil de adictos en la población de nuestra área sanitaria.
- 3. La escala Clinical Global Impresión (CGI) en el momento del ingreso y en el momento del alta: se trata de una escala descriptiva que evalúa respectivamente la gravedad clínica y la mejoría de los síntomas debido a las intervenciones terapéuticas. Dicha escala fue administrada por un único psiguiatra.
- 4. Intentos autolíticos asociados al último episodio maníaco (si/no). Presencia de intentos autolíticos previos (si/no) y número total de intentos autolíticos. Consideramos que la presencia de dichas variables se asocia a una mayor severidad clínica.
- 5. Variables dicotómicas (si/no): "presencia de episodios de agitación/violencia durante el ingreso hospitalario", "empleo de Contención Mecánica Total (CMT); y la variable cuantitativa número total de días con CMT. Dichas variables fueron seleccionadas como indicador de gravedad clínica.

Por último, anotamos las siguientes variables respecto a los recursos de hospitalización: tiempo de estancia hospitalaria durante el último episodio maníaco (expresado en días), así como el número de estancias hospitalarias por motivo psiquiátrico en los 10 años (esta variable fue calculada excluyendo a aquellos pacientes con trastorno bipolar que aunque no pertenecían a nuestro área sanitaria, fueron atendidos en nuestro centro en alguno de sus ingresos comprendidos entre 2000 y 2010).

Análisis de los datos: método estadístico

Analizamos las frecuencias de las variables cualitativas y cuantitativas. Las variables cualitativas fueron expresadas como proporciones y las cuantitativas utilizando la media ± la desviación estándar.

El estudio de las relaciones entre variables se realizó empleando el estadístico Chi cuadrado (comparaciones de 2 variables cualitativas de 2 categorías). El estudio de las relaciones entre 1 variable cualitativa y 1 cuantitativa se realizó por medio del test ANOVA a través de la comparación de medias.

Para el análisis estadístico utilizamos la versión 20.0 del programa SPSS.

Ética

El protocolo del estudio fue autorizado por el Comité Ético de Investigación Clínica del hospital de referencia de área.

La identificación de los datos de los pacientes incluidos fue confidencial durante todo el tiempo, de forma que les asignamos un código que fue empleado a lo largo de todo el estudio, diferente al código personal. Este procedimiento está sujeto a la Ley 15/1999 de protección de datos personales del 13 de Diciembre.

Los procedimientos del estudio respetan la Declaración Ética Internacional de Helsinki (Edinburgh, 2000), y las recomendaciones de la OMS y del Código Ético.

RESULTADOS

Tras la aplicación de los criterios de inclusión, obtuvimos una muestra final de 225 pacientes con trastorno bipolar de los que el 24 % cumplían criterios de abuso y/o dependencia de alcohol u otras drogas.

Las principales características sociodemográficas se recogen en la tabla 1.

Tabla 1	Grupo con adicción	Grupo sin adicción	Total
	Proporción (%) o media		
Hombres	30 (56)	67 (39)	97
Mujeres	24 (44)	104 (61)	128
Edad (años)	39 ± 12	48 ± 15	225

Tabla 1 Principales características socio-demográficas de nuestra muestra.

CLÍNICA

El tiempo de evolución de enfermedad bipolar fue menor en el grupo dual (11.97 \pm 8.66 años de evolución del trastorno bipolar versus 15.57 \pm 12.65 años, p = 0.073).

Respecto al tipo de diagnóstico comórbido en adicciones, las figura 1 muestra los principales resultados distribuidos por género.

Las tablas 2 y 3 muestran la sintomatología clínica recogida a través de la escala CGI en los pacientes en el momento del ingreso y del alta en función de la presencia o no de un diagnóstico comórbido en adicciones.

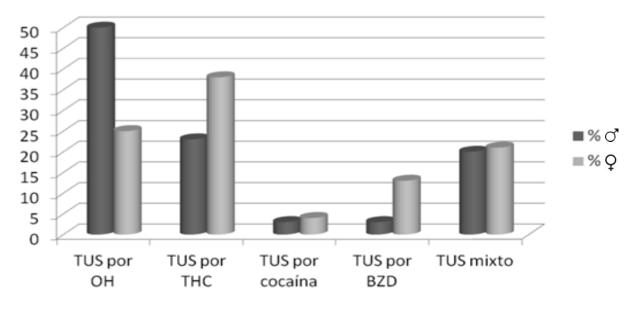


Figura 1 Tipo de adicción por género en nuestra muestra de bipolares duales. OH = alcohol; THB = cannabis; BZD = benzodiacepinas; TUS mixto = presencia de > de 1 TUS.

	Adicción (último episodio maníaco)			
	Si	No	Total	Р
Variables clínicas	Porcentaje	(%)		
CGI al ingreso (0-7 puntos)				
4 puntos (leve-moderada)	17 (32)	88 (52)	105	
> 4 puntos (marcada-severa)	37 (68)	83 (48)	120	
Total	54	171	225	0.012

Tabla 2 Puntuación de la escala Clinical Global Impression en el momento del ingreso en pacientes con trastorno bipolar con o sin dualidad.

	Adicción (último episodio maníaco)			
	Si	No	Total	Р
Variables clínicas	Porcentaje	(%)		
CGI al alta (0-7 puntos)				
≤ 2 puntos (marcada o moderada mejoría)	52 (96)	161 (94)	213	
> 2 puntos (leve mejoría o sin cambios)	2 (4)	10 (6)	12	
Total	54	171	225	0.418

Tabla 3 Puntuación de la escala Clinical Global Impression en el momento del alta hospitalaria en función de la presencia o ausencia de dualidad.

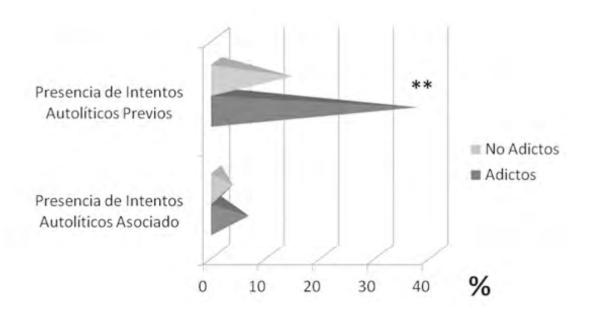


Figura 2. Intentos autolíticos asociados al último episodio maníaco y presencia de intentos autolíticos previos distribuidos en base a la presencia o no de criterios de adicción. ** = p < 0.005.

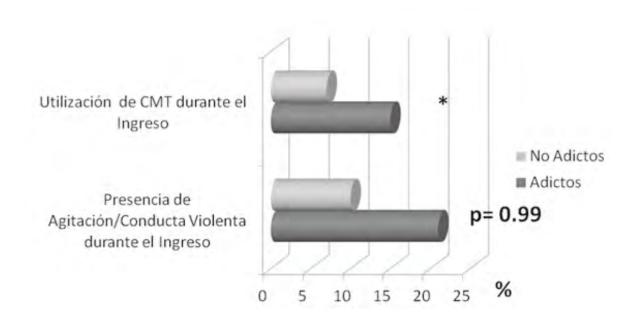


Figura 3. Presencia de episodios de agitación y/o violencia durante el último ingreso por episodio maníaco y empleo de Contención Mecánica Total durante dicha hospitalización. * = p < 0.05.

Las figuras 2 y 3 muestran el resto de variables clínicas recogidas en nuestra muestra.

Respecto al número total de intentos autolíticos (expresado como media \pm desviación media) los adictos presentaron 0.77 \pm 1.20 intentos autolíticos frente a los no adictos con una media de 0.26 \pm 0.64 (p = 0.002).

Respecto al número total de días con CMT (expresado como media ± desviación media) los

adictos presentaron 0.75 ± 1.69 días de contención mecánica total frente a los no adictos con una media de 0.26 ± 1.05 (p = 0.018).

RECURSOS HOSPITALARIOS UTILIZADOS

Las variables que miden los recursos hospitalarios requeridos por los pacientes están reflejadas en la tabla 4.

	Cumplen c adicción ei episodio	n el último		
	Si	No	Total	Valor de p
Variables de utilización de recursos				
hospitalarios	Media ± Desv	riación Típica		
Tiempo de estancia hospitalaria durante el último episodio maníaco (días)	28.50 ± 19.69	28.73 ± 22.86		
Total	54	171	225	0.948
Número de estancias hospitalarias por motivo psiquiátrico en los 10 años (sólo aplicable a pacientes de área sanitaria)	3.61 ± 2.50	2.02 ± 1.74		
Total	13	44	57	0.012

Tabla 4 Variables relacionadas con la utilización de recursos hospitalarios requerida por los pacientes con trastorno bipolar en función a la presencia de un diagnóstico comórbido en adicciones.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de este trabajo, basados en la práctica clínica habitual en nuestro medio, indican que la dualidad en pacientes con trastorno bipolar se asoció a una peor situación clínica al ingreso del episodio maníaco y a una mayor utilización de recursos hospitalarios con respecto al grupo control.

Un 24% de los pacientes con trastorno bipolar de nuestra muestra cumplieron criterios de TUS en el último episodio maníaco, según criterios CIE-9, siendo mayoritariamente trastorno por uso de alcohol, muy seguidas de TUS por THC, y del TUS mixto. La prevalencia en nuestra muestra es inferior al 39.3% descrita en la muestra de Cassidy (2001), donde se utilizaron criterios DSM IIIR, motivo que podría justificar las diferencias halladas. No obstante, estas cifras más discretas que hemos encontrado en nuestra muestra siguen revelando que 1 de cada 4 pacientes con trastorno bipolar tienen un problema de adicción asociado ya ahora debemos contestar a la pregunta ¿es esta comorbilidad relevante desde el punto de vista clínico?.

Globalmente, observamos que el tipo de adicción más asociado al episodio maníaco fue el TUS por alcohol. Algunos autores hipotetizan que esta asociación tendría su explicación en la teoría de la automedicación, por la cual los pacientes utilizarían los efectos relajantes de esta bebida sedativa para aliviar algunos de los síntomas de su trastorno afectivo, aunque los efectos euforizantes del alcohol podrían ser empleados por los pacientes con finalidades lúdicas como facilitar la socialización o desinhibirse lo que podría agravar la clínica con la presencia de alteraciones conductuales significativas. Existen diversos estudio en patología dual en los cuales se describe este predominio de trastorno por uso de alcohol en pacientes con dualidad (Kessler et al, 1997: 313-21; Regier et al, 1990: 2511-8; Arias et al, 2013: 118-27) lo cual tiene lógica dado la mayor accesibilidad de la población al alcohol tanto en nuestra cultura como en la americana con respecto a otras sustancias ilegales de acceso más restringido.

Otros autores igualmente encontraron que el alcohol y, en algunos estudios el cannabis, se asociaba más con la comorbilidad psiquiátrica que la dependencia de cocaína o heroína (Gual, 2007: 65-71; Lehman et al, 1993: 365-70; Ross et al, 1988: 1023-31).

De forma curiosa en nuestra muestra, teniendo en cuenta el género, existe una tendencia (p = 0.087) a una mayor prevalencia de TUS puro por THC en mujeres (37,5% en mujeres frente al 23.3% en varones) frente a un mayor TUS puro por alcohol en varones (50% en varones frente al 25% en mujeres). Estas preferencias por el cannabis ya han sido descritas en la literatura médica: personas que utilizan el cannabis buscando el alivio de síntomas tales como: depresión, ansiedad e insomnio (Ogborne et al, 2000) e inclusive algunos autores exploran la posible indicación del uso de marihuana en el trastorno bipolar (Gruber et al, 2012: 228-239; Grinspoon y Bakalar, 1998).

Tras el TUS por alcohol y cannabis, en nuestra muestra tiene una importancia el TUS mixto, principalmente por la asociación de ambas sustancias, siendo cocaína y heroína poco representativas en nuestra muestra. Como ya señaló Salloum, los pacientes con trastorno bipolar y alcoholismo tienen una elevada comorbilidad con consumo de cannabis particularmente en las fase de manía (Salloum et al, 2005:1702-8).

Los resultados de la aplicación de la escala CGI revelan que los pacientes duales, a pesar de tener menos tiempo de evolución de su trastorno bipolar, ingresaron con puntuaciones más altas, es decir en una situación clínica de mayor gravedad, aunque en el momento del alta no se diferenciaban del grupo control aunque a expensas de una mayor utilización de fármacos durante el ingreso hospitalario para obtener la remisión sintomática (Barral et al, 2013).

Asumimos nuestras limitaciones metodológicas que nos impiden rebatir los hallazgos publicados por Rabinowitz (1998), quienes no encontraron diferencias clínicas entre pacientes hospitalizados por primeros episodios psicóticos con o sin adicción. No obstante, consideramos

que nuestros datos son relevantes por basarse en la práctica clínica habitual en nuestro medio sobre una muestra de 225 pacientes bipolares, y por la aplicación de una escala de evaluación clínica alternativa, la escala CGI, como instrumento de medida cualitativo de cambio en la severidad de la sintomatología en el momento del ingreso y del alta hospitalaria.

En cuanto al resto de variables clínicas, hemos encontrado diferencias entre grupos en cuanto a suicidabilidad y agitación/conducta violenta: tanto el trastorno bipolar como las adicciones son factores de riesgo de conducta suicida, la coexistencia de ambos factores parece tener un efecto añadido con respecto a la bipolaridad sin adicciones. La ausencia de diferencias entre grupos respecto a la variable "Intentos autolíticos asociados al último episodio maníaco" se debe a que este tipo de conductas se asocia más a los episodios depresivos del trastorno bipolar. También constatamos una tendencia a una mayor asociación entre la dualidad y la "presencia de episodios de agitación/violencia durante el ingreso hospitalario"; la dualidad y el "empleo de CMT"; y por último, la dualidad se asoció a un mayor "número total de días con CMT". Estos hallazgos son coherentes con los descritos por Black (1987), Salloum (2002) y el propio Rabinowitz (1998), entre otros y señalan 2 puntos en los que parece haber consenso: los pacientes duales tienen más riesgo de suicidio y más heteroagresiones.

No encontramos diferencias entre grupos en cuanto al "tiempo de estancia hospitalaria durante el último episodio maníaco", se trata, en ambos casos de una tiempo de ingreso prolongado y que se debe a que nuestro programa de hospitalización de pacientes agudos incluye 1 ó 2 permisos terapéuticos a domicilio de fin de semana previo al alta hospitalaria, y a que dicha alta es consensuada con la familia. Además durante la hospitalización estos pacientes realizan actividades como musicoterapia, psicoeducación y relajación en horario de tarde y pueden escoger entre fisioterapia de grupo 2 veces por semana 30 minutos o terapia ocupacional por la mañana hora y media diarias.

Respecto a la variable "número de estancias hospitalarias por motivo psiquiátrico en 10 años" en los pacientes de área sanitaria que atendimos entre los años 2000 y 2010 son armónicos con los publicados por Cassidy (2001), dónde encontraron diferencias en el número de hospitalizaciones psiquiátricas a lo largo de la vida entre pacientes con y sin adicciones a sustancias (6.8 \pm 7.2 versus 5.9 \pm 5.2, p < 0.008). Estos datos están en concordancia con los publicados en estudios previos como los realizados por Morrison (1974), o Reich (1974), y sugieren que la enfermedad de los pacientes duales es más severa.

CONCLUSIONES

Los hallazgos de este trabajo indican que la dualidad en pacientes con trastono bipolar se asocia con una peor situación clínica y una mayor utilización de recursos hospitalarios, respecto del grupo no dual, lo cual podría empeorar el pronóstico del trastorno bipolar a medio y largo plazo, así como encarecer el gasto sanitario. Los pacientes duales presentaron con mayor frecuencia historia previa de intentos autolíticos y requirieron la privación de libertad (CMT) como medida terapéutica ante las agitaciones y/o conductas violentas.

Consideramos necesario identificar a esta subpoblación de pacientes bipolares de forma precoz, para poder incidir en su pronóstico y así optimizar el consumo de recursos en el Sistema Nacional de Salud. Estrategias preventivas podrían traducirse en un mayor nivel de calidad de vida, salud y disminuir el número de hospitalizaciones.

AGRADECIMIENTOS

A Laura López, Belén Sánchez, Beatriz González, Mariana Castrillo, Ángel Fernández por su contribución en el proceso de recogida de datos y/o búsqueda bibliográfica.

Al National Institute on Drug Abuse (NIDA) principalmente a Ignacio Cerdeña quién me ayudo a mejorar el diseño metodológico y a la Dra. Preston por su supervisión. Asimismo agradezco los puntos de vista aportados por Dr. Epstein, Dr. Gorelick y Dr. Strain con quienes tuve el placer de reunirme.

Al Hospital Rodríguez Lafora y a nuestros pacientes, sin su colaboración esta investigación no hubiera sido posible.

Los autores implicados en la autoría del manuscrito declaramos que no existe ningún potencial conflicto de interés relacionado con el artículo.

BIBLIOGRAFÍA

Aagaard J, Vestergaard P (1990). Predictors of outcome in prophylactic lithium treatment: a 2-year prospective study. J Affect Disord, 18, 259-266.

Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al (2004). European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe. Acta Psychiatr Scand Suppl, 420, 28-37.

American Psychiatric Association (1995). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4). Barcelona: Masson.

Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C et al (2013). Madrid study on the prevalence and characteristics of outpatients with dual pathology in community mental health and substance misuse services. Adicciones, 25, 118-27.

Barral D, Cruz N, López L, González B, Castrillo M, Rosique MT et al. (2013). Comparison of psychodrug prescription patterns in bipolar disorder with or without substance abuse disorder. III International Congress Dual Disorders Addictions and other Mental Disorders. Barcelona.

Black DW, Winokur G, Nasrallah A (1987). Suicide in subtypes of major affective disorder: a comparison with general population suicide mortality. Arch Gen Psychiatry, 44, 878-880.

Cassidy F, Ahearn EP, Carroll BJ (2001). Substance abuse in bipolar disorder. Bipolar Disord, 3, 181-8.

Grinspoon L, Bakalar J (1998). The Use of Cannabis as a Mood Stabilizer in Bipolar disorder: Anecdotal Evidence and the Need for Clinical Research. Journal of Psychoactive Drugs, 30(2).

Gruber S.A., Sagar K.A., Dahlgren M.K., Olson D.P., Centorrino F., Lukas S.E (2012). Marijuana impacts mood in bipolar disorder: a pilot study. Ment. Health Subst. Use, 5, 228–239.

Gual, A (2007). Dual Diagnosis in Spain. Drug and Alcohol Review, 26, 65-71.

Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry, 54(4), 313-21.

Lehman, A. F., Myers, C. P., Thompson, J. W. y Corty, E (1993). Implications of mental and substance use disorders. A comparison of single and dual diagnosis patients. Journal of Nervous and Mental Diseases, 181, 365-70.

Morrison JR (1974). Bipolar affective disorder and alcoholism. Am J Psychiatry, 131(10), 1130-3.

Ogborne A, Smart R, Weber T and Bichmore-Timney C (2000). Who is Using Cannabis as a Medicine and why. An exploratory study. Journal of Psychoactive Drugs, 32(4).

Pickering P (2006). Conduites d'alcoolisation et pathologies psychiatriques. In: Reynaud M, editor. Traité d'addictologie. Paris: Flammarion, 340-9.

Rabinowitz J, Bromet EJ, Lavelle J, Carlson G, Kovasznay B, Schwartz JE (1998). Prevalence and severity of substance use disorders and onset of psychosis in first-admission psychotic patients. Psychol Med , 28(6), 1411-9.

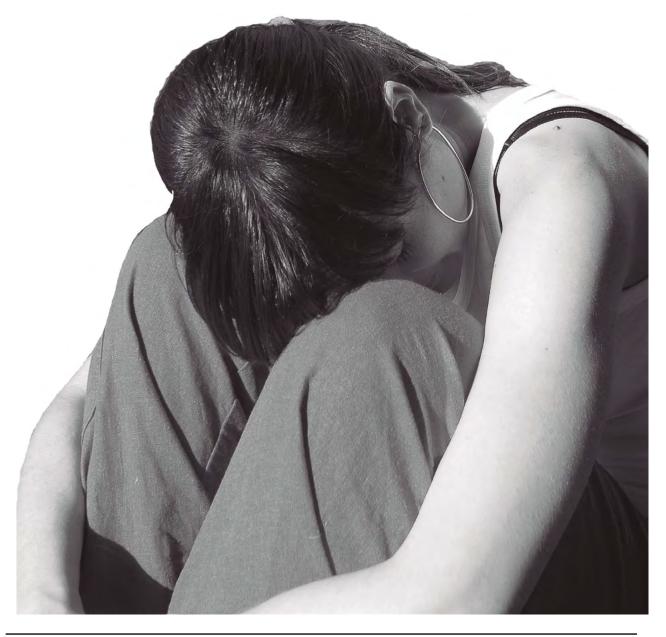
Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL et al (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA, 264(19), 2511-8.

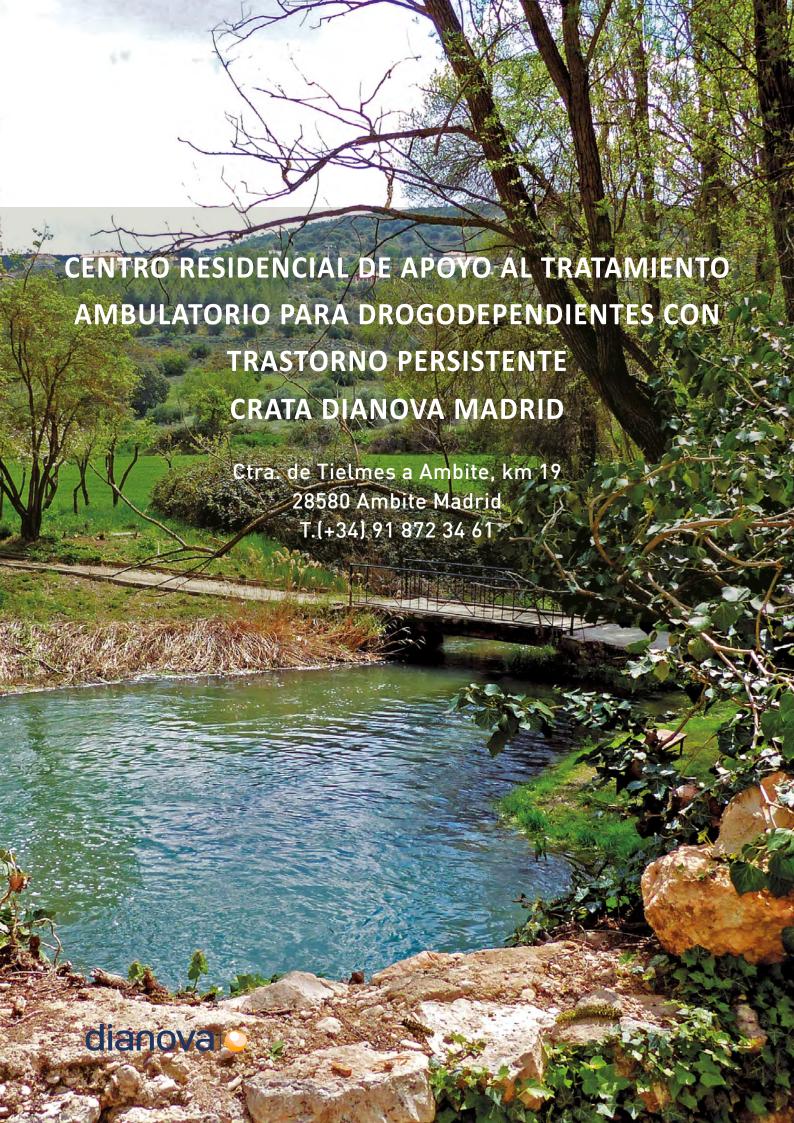
Reich LH, Davies RK, Himmelhoch JM (1974). Excessive alcohol use in manic-depressive illness,131(1), 83-6.

Ross, H. E., Glaser, F. B. y Germanson, T (1988). The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. Archives of General Psychiatry, 45, 1023-31.

Salloum IM, Cornelius JR, Mezzich JE, Kirisci L (2002). Impact of concurrent alcohol misuse on symptom presentation of acute mania at initial evaluation. Bipolar Disord, 4:418-421.

Salloum IM, Cornelius JR, Douaihy A, Kirisci L, Daley DC, Kelly TM (2005). Patient characteristics and treatment implications of marijuana abuse among bipolar alcoholics: results from a double blind, placebo-controlled study. Addict Behav, 30(9), 1702-8.





RASGOS DE PERSONALIDAD IMPLICADOS EN EL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES

PERSONALITY TRAITS INVOLVED IN DRUG USE IN TEANEAGERS

RESUMEN

El consumo de drogas por parte de nuestra población adolescente es un tema preocupante por su amplitud y permanencia en el tiempo. Parece que las acciones preventivas realizadas hasta el momento no han surtido el efecto deseado. Este artículo forma parte de la investigación realizada dentro de la tesis doctoral de la autora que busca sondear los rasgos de personalidad en adolescentes consumidores de drogas. El planteamiento teórico de referencia es el Modelo de Los Cinco Grandes (Costa y McCrae, 1985). Para el sondeo de los rasgos se aplicó el test BFQ-NA (Barbarane-Ili, Caprara y Rabasca, 2006). Se distribuyó a una muestra representativa de la población, formada por 640 adolescentes de entre 14 y 16 años. Los resultados obtenidos muestran que la mayoría se consideran consumidores de drogas, que no se observan diferencias en cuanto al género y que la edad media de los consumidores/as es de 13 años. Todos y todas muestran unos niveles promedio en todos los rasgos de personalidad analizados, aunque los consumidores presentan menor autogobierno y creatividad que los que no consumen, lo que nos lleva a recomendar acciones preventivas encaminadas a entrenar en habilidades de autonomía, control de impulsos, habilidades sociales y creatividad.

PALABRAS CLAVE

Adolescencia, consumo de drogas, rasgos de personalidad.

ABSTRACT

Drug use by our teenage population is a concern for its breadth and permanence in time. It seems that the preventive actions taken to date have not had the desired effect. This article is part of the research conducted within the doctoral thesis of the author that aims to investigate the Personality Traits in teanegers drug users. The theoretical approach of reference is the Big Five model (Costa and McCrae, 1985). For the survey of the test features BFQ-NA (Barbaranelli, and Rabasca Caprara, 2006) was applied. Was distributed to a representative sample of the population,

Esther Claver Turiégano

Universidad de Zaragoza. Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación consisting of 640 teanegers between 14 and 16 years. The results show that most drug users are considered, no differences in gender are observed and that the average age of consumers is 13 years. Each and every show about average levels in all personality traits analyzed, although consumers have less self-governance and creativity that they do not consume, which leads us to recommend preventive measures to train skills of autonomy, impulse control, skills social and creativity.

KEYWORDS

Teanegers, drug use, personality traits.

EL CONSUMO

El consumo de drogas es uno de los problemas más importantes a los que se enfrenta la sociedad, tanto por la magnitud del fenómeno como por las consecuencias personales y sociales derivadas del mismo. De hecho, en el año 2006, se produjeron en España 49.283 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluidos alcohol y tabaco). En 2006, se recogieron 7.042 episodios de urgencias sanitarias directamente relacionadas con el consumo no terapéutico de drogas psicoactivas. La principal sustancia mencionada fue la cocaína (59,2 %) seguida por el alcohol (42,9 %), a pesar de que este dato únicamente se obtuvo cuando se asociaba con alguna otra droga (policonsumo), cannabis (30,9 %), hipnosedantes (28,3 %) y heroína (21,8 %) (PNSD, 2013-2016). Desde distintos ámbitos, se han hecho muchos esfuerzos con el objeto de paliar estas consecuencias y frenar el consumo de las mencionadas sustancias. A través de diferentes administraciones, se plantean leyes y propuestas para reducir la oferta y luchar contra el narcotráfico, se ponen en marcha planes y programas de reinserción de drogodependientes mediante los diferentes planes de drogas de las comunidades autónomas, y, de forma prioritaria en los últimos años, también acciones preventivas y revisiones de los diferentes programas preventivos para optimizar su eficacia. No obstante, a pesar de tales esfuerzos, esos programas no han logrado los objetivos deseados -sobre todo, a largo plazo seguramente por no haber tenido en cuenta todas las variables implicadas en el consumo de drogas y por no basarse en presupuestos teóricos con probada solvencia científica.

El consumo de drogas es un comportamiento complejo sobre el que influyen multitud de variables: contexto en el que se produce (familia, comunidad, entorno socioeconómico y sociocultural, amigos, ideologías, etc.), motivos personales para iniciarse en el consumo y qué hace que ciertos jóvenes lleguen a tener un consumo problemático (factores de riesgo) o no (factores de protección) (González de Audikana, 2008). La investigación sobre el consumo de sustancias en la adolescencia se ha centrado frecuentemente en las motivaciones, los sentimientos, la búsqueda de la identidad (Mesa y León-Fuentes, 1996; Morales, Bueno, Benavent y Valderrama, 2011; Guzmán et al., 2011), problemas en la familia (Glenn, 1987), trastornos de personalidad (Becoña, López, Fernández, Martínez, Fraga, Osorio, Arrojo, López y Domínguez, 2011) y percepción social (Megías Valenzuela, E. et al., 2000, 2004, 2010). Las diferentes investigaciones revisadas sugieren que existen ciertos rasgos de personalidad vinculados con el consumo de sustancias. Un mejor conocimiento de estos factores podría ser de gran utilidad para comprender la etiología y la progresión del consumo, así como para el desarrollo de estrategias de prevención e intervención más específicas en los adolescentes (Morales et al., 2008; Espejo, Cortés, Giménez, Luque y Gómez, 2011). Aunque los estudios son numerosos, en ninguno de ellos se ha encontrado evidencia alguna que relacione a los factores individuales de personalidad con factores interpersonales concretos que estén presentes en el consumo de cualquier sustancia en adolescentes escolarizados; no lo ha sido en los planos internacional ni nacional, y menos aún en nuestra Comunidad Autónoma (Aragón). Realizar una investigación como la que se presenta en este trabajo sienta un precedente único hasta el momento, y podrán obtenerse recomendaciones muy concretas con las que poder diseñar programas de prevención e intervención efectivos a partir de sus resultados.

ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL DEL PROBLEMA

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, mediante sus Informes Mundiales sobre Drogas, nos proporciona los datos más relevantes en el ámbito internacional. Según los informes más recientes (2012 y 2013), parece que el consumo de drogas ilícitas no ha aumentado en los últimos años. Sin embargo, el consumo de sustancias lícitas -como alcohol o tabaco- ha aumentado y llegado a ser entre ocho (alcohol) y diez veces (tabaco) más elevado entre la población mayor de 15 años. En la Comunidad Autónoma donde se contextualiza el presente estudio, el II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas en Aragón (2010-2016) presenta algunas de las conclusiones extraídas de la última encuesta entre adolescentes y jóvenes (14 a 18 años) escolarizados. En síntesis, muestran que el alcohol sigue siendo la sustancia más consumida (82,7 % según ESTUDES 2010), seguida por el tabaco (47,7 % según ESTUDES 2010), siendo las chicas las que mayor prevalencia de consumo presentan frente a los chicos, a diferencia del consumo de drogas ilegales y alcohol, cuya prevalencia de consumo es mayor en ellos. El consumo de cualquier sustancia puede producir delirium, psicosis, trastornos del estado de ánimo, ansiedad y alteraciones del sueño. Las anfetaminas, la cocaína, los sedantes y los opiáceos pueden, además, generar disfunciones sexuales. Respecto a las nuevas sustancias psicoactivas (NSP), su consumo puede producir alteraciones neuropsiquiátricas y cerebro-vasculares, edema cerebral, hipertermia, síndrome serotoninérgico e, incluso, muerte súbita (Guerreiro, Carmo, Silva, Navarro y Góis, 2011). Parece que el avance en la tarea preventiva ante el fenómeno de las drogas no es lo rápido y efectivo que sería deseable, aunque existe una estructura que parece dar respuestas, pero los resultados esperados no se dan en realidad.

En España, la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 se propone, entre otros objetivos, aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta de drogas y a los determinantes de los comportamientos proble-

máticos relacionados con las mismas. Parece interesante que, a diferencia de Estrategias anteriores, se haga mención al hecho de trabajar las capacidades individuales de los sujetos y a potenciar la investigación al respecto. Ofrecer más información y aumentar las medidas punitivas en cuanto al consumo y tráfico de drogas ya no son los principales objetivos. En esta línea, también aparece como prioritario el fomento de los valores culturales relacionados con la responsabilidad personal y la autonomía, y las habilidades sociales y de gestión familiar. Estas cuestiones han estado hasta ahora descuidadas en los programas de prevención en nuestro país, los cuales se han focalizado casi exclusivamente en dotar a la población de información a través de diferentes cauces; sobre todo, los medios de comunicación social.

En cuanto a Aragón, los estudios revisados (Molina, Duarte y Escario, 2004) indican, por ejemplo, que esta sería la segunda Comunidad Autónoma con mayor porcentaje de consumidores de marihuana. Las diferentes acciones de prevención ejecutadas hasta el momento no han parecido tener el éxito deseado en cuanto a la reducción del consumo de drogas en los adolescentes aragoneses. Los jóvenes que más consumen son los que se consideran más informados (Molina et al., 2004).

MARCO TEÓRICO

Se parte de un modelo integrador derivado de la investigación y teoría contemporánea sobre la personalidad. La personalidad se concibe como relativamente estable en el ser humano, aunque con influencias tanto de factores externos como de creencias a actitudes hacia una determinada conducta.

Existen diferentes enfoques teóricos que intentan explicar por qué los adolescentes se inician en conductas de riesgo y muchos son los estudios que analizan la problemática del consumo de drogas desde diferentes puntos de vista. Los rasgos de personalidad han sido estudiados como factores de riesgo en sí mismos, y se han hallado diferencias en los mismos entre adolescentes consumi-

MARCO EMPÍRICO

dores de sustancias y no consumidores (Grillo, C., Fehon, D., Walker, M. y Martino, S., 1996).

El concepto de personalidad y su evaluación constituyen un tema controvertido ya en el mundo adulto, y la controversia cuando hablamos de personalidad infantil y adolescente es aún mayor. Las diferentes conceptualizaciones de la personalidad oscilan entre su consideración como algo estable e inamovible en el individuo y su concepción bajo la influencia más o menos importante del ambiente.

El Modelo de los Cinco Grandes, base de partida de este estudio, se fundamenta en investigaciones que parten de los rasgos de personalidad más conocidos, que después se analizan mediante cientos de medidas con el fin de encontrar los factores subvacentes de la personalidad (Shrout y Fiske, 1995; Allport, G. W. y Odbert, S. A., 1936; Cattell, R. B., Marshall, M. B. y Georgiades, S., 1957; Tupes, E. C. y Christal, R. E., 1961; Norman, W. T., 1963). Una importante ventaja del Modelo de Rasgos de Personalidad es que ha sido ampliamente validado (Carrasco, Holgado y Del Barrio, 2004). Al hablar de «rasgos», se hace referencia a atributos estables en el individuo, por lo que su capacidad descriptiva y su potencial de evaluación son altos. Además, al ser comprensivo, facilita la comunicación entre investigadores.

En cuanto a la investigación de la relación entre personalidad y consumo de drogas en adolescentes, se han encontrado evidencias de la relación entre dicho consumo y timidez, agresividad y personalidad depresiva, un alto grado de búsqueda de novedades y baja tolerancia a la frustración, pobre control de las emociones e introversión social, pobre autocontrol conductual, enfado y afecto negativo, inseguridad, impulsividad, inestabilidad emocional, mayor tendencia a la culpa, dependencia y extroversión (Kellam, Brown, Rubin y Ensminger, 1983; Cloninger, Sigvardsson y Bohman, 1988; Brook, Witheman, Gordon y Cohen, 1989; Wills, Vaccaro y McNamara, 1994; Mesa y León-Fuentes, 1996; Rodríguez, 1996; Abu-Shams, Carlos, Tiberio, Sebastián, Guillén y Rivero, 1998).

Objetivo e hipótesis

El objetivo principal de este estudio es analizar los rasgos de personalidad implicados en el consumo de drogas, por parte de los adolescentes escolarizados en centros públicos de zonas urbanas de la provincia. Todo ello, con el fin de proporcionar conclusiones útiles para generar propuestas preventivas basadas en evidencias empíricas. Se parte de estudios previos suficientes como para avalar una investigación que ponga a prueba la afirmación de que, además del entorno del individuo, sus tendencias de personalidad inciden de igual forma en la decisión de consumir drogas, o no, en la edad adolescente.

Muestra

Con el fin de saber qué número de sujetos se precisa para extraer una muestra suficientemente representativa, se solicitaron datos cuantitativos al Departamento de Educación, Universidad, Cultura y Deporte del Servicio Provincial. En el curso 2011-2012, hubo 3.650 alumnos matriculados en 3.º y 4.º de la ESO en centros públicos de la provincia (1.912 y 1.738, respectivamente). Los centros educativos se seleccionaron teniendo en cuenta las peculiaridades sociodemográficas y culturales de la provincia, de manera que se escogieron los más representativos por su industria, por ser capital administrativa y por su agricultura y servicios. Dicha selección se realizó mediante un muestreo por conglomerados o grupos (clusters) dado que el muestreo individual resulta prácticamente inaplicable (no es posible acceder al listado de alumnos por la Ley de Protección de Datos) y así se recomienda, además, en la literatura consultada (Marín Ibáñez, R., 1985, Jiménez Fernández, C., 1983). La muestra final fue de 636 adolescentes participantes procedentes de los 5 centros seleccionados para constituirla. Según el censo de estos centros en enero de 2013, el número total de alumnos matriculados era de 827; por tanto, la muestra contiene el 76,90 % de dicho censo, lo que supera con creces el tamaño mínimo estimado con la ecuación de Clark-Carter lo que garantiza la representatividad de la población de escolares adolescentes objeto de estudio. Por género, prácticamente la mitad del total son varones, sin que existiese una mayoría significativa con p>,05 (Chi2= 0,02; 1 gl; N= 636; p= 874) de ninguno de ambos géneros. La muestra total se sitúa en un rango comprendido entre los 13 y los 18 años, con mediana en 15.

Instrumentos

Para analizar las variables sociodemográficas se pregunta sobre edad, sexo, edad de inicio en el consumo de drogas -de haberlo-, frecuencia del mismo y cantidad y presencia de consumo concentrado, entendiendo éste como tomar varias consumiciones o dosis de algún tipo de droga, como alcohol, porros, coca, pastillas... durante un periodo corto de tiempo (unas horas).

Para sondear los rasgos de personalidad, se utilizó el «Big-Five Factors Questionary» (BFQ-NA) de Barbaranelli, Caprara y Rabasca (2006). El tiempo necesario para su cumplimentación es de unos 20 minutos, y consta de 65 ítems que se valoran mediante una escala de cinco alternativas. El conjunto de estos elementos se agrupa en las cinco dimensiones de personalidad descritas por el modelo de los Cinco Grandes: Conciencia, Apertura, Extraversión, Amabilidad e Inestabilidad emocional.

La versión del BFQ para niños y adolescentes no es una mera adaptación, sino un instrumento específico que tiene en cuenta las peculiaridades evolutivas de esa población (Barbaranelli, Caprara, Rabasca y Pastorelli, 2003). Las propiedades psicométricas del BFQ-NA han sido muy estudiadas en la población italiana mostrando una validez y fiabilidad adecuadas. La adaptación española ha sido validada en una muestra de 902 escolares de entre 8 y 15 años de edad (Barbaranelli, Caprara y Rabasca, 2006). Se ha elegido el instrumento BFQ para este trabajo por ser uno de los más recientes, porque tiene una versión para niños y por la facilidad de aplicación y corrección que nos ofrece la versión de TEA Ediciones en España.

Las herramientas y técnicas estadísticas utilizadas fueron: tablas de frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, o categóricas, con test de homogeneidad de Chi-cuadrado; tablas de contingencia con test Chi-cuadrado de independencia entre dos variables cualitativas; análisis exploratorio y descriptivo de variables cuantitativas con test de bondad de ajuste al modelo normal de Gauss y diagramas de caja para la detección de valores atípicos (outliers); correlación entre variables cuantitativas con Pearson y Spearman, y pruebas de significación de diferencia de medias: T de Student y Anova. Estimaciones del tamaño del efecto con: d de Cohen, Phi, y Eta2, según el caso. Se realizaron análisis multivariantes con Anova de 2 y 3 factores de efectos fijos con interacción entre factores y estimación del tamaño del efecto con Eta2 parcial.

Resultados

Según sus propias respuestas, el 60,2 % (N= 383) de los adolescentes participantes en el estudio se consideraban consumidores de drogas. Representaban una mayoría estadísticamente significativa con p<,001 (Chi2= 26,57; 1 gl; N= 636; p= ,000) con respecto al 39,8 % que refirió no serlo. Este dato permitió estimar la incidencia del consumo en esta población en el IC entre 56,4 y 64,0 % (error típico 1,9 %) con una confianza del 95 %. En cuanto al sexo, las tasas de consumo en chicos y chicas eran similares, sin una diferencia que pudiera ser considerada como estadísticamente significativa con p>,05, aunque el porcentaje de consumidores era algo superior en chicos (62,3 %) que en chicas (58,1 %). Por lo que se refiere a la edad, la media de los consumidores era ligeramente mayor (15,31 años) que la de los no consumidores (14,90), alrededor de 5 meses que bastan para ser estadísticamente significativos con p<,001 y con tamaño del efecto moderado según la d de Cohen. Centrándonos en la edad de inicio, los 383 consumidores, se mueven en el rango de entre los 10 y los 17 años, con mediana de 13. La media es de 13,08 +/- 1,23 años, lo que permite estimar un IC poblacional con una confianza del 95 % de entre 12,96 y 13,21 años (error típico: 0,06).

Vistos los datos anteriores, los resultados muestran hasta el momento que hay mayor porcentaje de consumidores que de no consumidores en la muestra seleccionada, que no se observan diferencias en el consumo entre chicas y chicos y que el consumo aumenta con la edad. La edad

media de los adolescentes que consumen algún tipo de droga es de 13 años, iniciándose a una media de 12.

Para el estudio de las variables BFQ, se optó por hacer un doble análisis estadístico. Por un lado, con pruebas de diferencia entre medias calculadas a partir de los valores del T-baremo. Por otro, contrastando la distribución de los porcentajes de las categorías diagnósticas. Se comenzó por exponer los resultados de las variables en su forma numérica. Las medias de todas las escalas se encuentran en el rango de la normalidad, aunque el rango de valores muestra que hay puntuaciones extremas que se equilibran para provocar ese promedio. En el estudio exploratorio, aparecieron algunos valores fuera de rango sin apenas trascendencia. Solamente es digno de mención un caso en la variable Apertura al ser un far-out (extremo lejano), pero su peso en una muestra de 636 participantes es despreciable. La forma de las variables no se acomoda al modelo normal de Gauss, alejándose de él de manera significativa en el Test de bondad de ajuste. Aunque pudiese suponer un problema para el uso de técnicas paramétricas en el contraste entre las medias, el elevado N hace que sus resultados coincidan con los de sus alternativas no-paramétricas. Según los contrastes de la medias en estas variables BFQ entre consumidores y no consumidores, no hay diferencias estadísticamente significativas con p>,05 ni en Amabilidad ni en Extraversión. En cambio, sí aparecen en las otras tres.

A continuación, se procede al análisis de las variables BFQ según la clasificación en categorías diagnósticas siguiendo el mismo esquema. A la vista de que los porcentajes en las categorías de ambos extremos eran muy reducidos por lo general, se decidió reagruparlas con sus adyacentes resultando una clasificación entre niveles. Según la misma, lo más destacable es que en Amabilidad, solo el 18,8 % se encuentra en niveles bajos/muy bajos. En Apertura, aunque la mitad (53,5 %) está en la categoría promedio, hay un reseñable 30,5 % en las de bajo/muy bajo. En Conciencia, también destaca un 45,5 % de nivel bajo/muy bajo. En Extraversión, más de la mitad (52,5 %) se encuentra en el nivel promedio. En Inestabilidad emocional,

casi se reparten a tercios entre las tres categorías, con algo más de presencia en la promedio y en la de alta/muy alta (35,2 %). La comparación entre estas clasificaciones diagnósticas y el consumo muestra que en cuanto a la presencia o ausencia de significación, los resultados son muy similares a los encontrados en el anterior contraste de medias. No hay relación estadísticamente significativa con p>,05 en las variables Amabilidad y Extraversión, pero sí diferencias significativas en las otras tres.

El resto de variables se incorporó a continuación como posibles factores generadores de diferencias significativas en las variables BFQ dentro de los análisis anteriores. Por tanto, tras los mencionados análisis bivariados, se procedió a realizar un análisis estadístico multivariante. Vistos los resultados que se acaban de mostrar -muy similares cuando las variables se consideran como cuantitativas (numéricas) y cuando se usan las categorías diagnósticas-, se optó por hacer los siguientes análisis antes citados en el formato numérico. Esto permitió la utilización de la potente prueba estadística Anova de dos factores con interacción, que es precisamente la que más interesa estudiar.

Los resultados para cada variable muestran que en Amabilidad, y manteniendo que no hay diferencias significativas debidas al consumo, sí se detectaron diferencias por cuestión de género con p<,01, puntuando más las mujeres (53,66) que los hombres (51,42). Entre los no consumidores, la diferencia entre sexos (1,75) resultó ser un poco menor que entre los consumidores (2,63), pero sin que la combinación de factores alcanzara significación con p>,05. En Apertura, aparte de confirmar la significación entre consumidores ya conocida y comentada, tampoco se encontraron diferencias significativas por sexos (p>,05), aunque por escaso margen (p=,053). No obstante, el tamaño del efecto es tan leve que sugiere que serían poco reseñables de haberlas. Así mismo, tampoco se observaron diferencias significativas con p>,05 debidas al efecto de la interacción de factores. En Conciencia, además de la significación entre consumidores que ya se ha comentado en análisis anteriores, también se hallaron diferencias entre sexos con p<,05, siendo la media de los chicos (46,81) menor que la de las chicas (48,01). La interacción no ejerce efecto diferencial significativo con p>,05. En Extroversión, no hay ninguna variable ni su interacción que ejerzan efectos significativos (p>,05). En Estabilidad emocional, tras confirmar la conocida diferencia entre consumidores, se encontró una nueva significación con p<,001 por sexos, de modo que las chicas tienen una media más alta (52,09) que los chicos (46,53). Sin embargo, la interacción tampoco es significativa con p>,05; por tanto, esto ocurre igual en consumidores que en no consumidores.

En resumen, al analizar los resultados en el test BFQ-NA, se observa que la muestra de adolescentes se encuentra en unos niveles más o menos promedio en todos los rasgos de personalidad analizados, sean o no consumidores de algún tipo de droga. La tendencia general sería la de mostrar niveles más altos que la población general en Amabilidad e Inestabilidad emocional y más bajos en Apertura y Conciencia, siendo Extraversión el rasgo que más claramente ofrece valores promedio. Se trata, entonces, de adolescentes que tienen un grado de sociabilidad semejante a la media de la población general, pero tienden a ser más altruistas y sensibles a las necesidades de los demás, aunque también pueden sentirse poco motivados hacia el saber, ser poco creativos y tener propensión a la baja autorregulación y a sentirse tristes o ansiosos.

Referente a la diferencia en factores de personalidad entre el grupo que refiere consumir algún tipo de droga y el que asegura no hacerlo, encontramos que los adolescentes que afirman hacerlo puntúan más bajo en Apertura y Conciencia, y más alto en Inestabilidad emocional. Esto indica que dichos adolescentes consumidores presentan tendencia a ser menos respetuosos con las normas sociales, más inconstantes, menos autorregulados y menos creativos, y tienen mayor desinterés por la cultura y los estudios, así como elevados grados de ansiedad, impaciencia, inseguridad v pesimismo. Existen valores similares entre consumidores y no consumidores en el rasgo de personalidad Extraversión. Los adolescentes estudiados no muestran diferencias en cuanto al grado de sociabilidad y asertividad. Resultados parecidos en Amabilidad indican que ambos grupos son semejantes en empatía y altruismo. En resumen, no hay relación entre consumir, o no, algún tipo de droga y ser más o menos sociable, altruista o empático. Este dato difiere un poco con el resultado en la muestra total, lo que indica una tendencia al alza en tales valores. La interpretación de esto sería que habría que buscar en otra variable diferente al consumo la causa de que la muestra de adolescentes presentara esa mencionada tendencia al alza en Amabilidad. En efecto, al analizar la variable Género, se observó que las chicas ofrecían valores más altos que los chicos en los factores Amabilidad (fueran o no consumidoras) y Apertura (mayor puntuación en no consumidoras que en consumidoras).

Discusión

Los resultados obtenidos muestran que hay más adolescentes consumidores que no consumidores en las zonas urbanas de Huesca.

Del análisis de los resultados se infiere que el grado de sociabilidad de los chicos y chicas estudiados permanece invariable tanto si se consume como si no. El autocontrol no parece ser un rasgo muy presente en la personalidad de los sujetos estudiados en esta investigación a la vista de los resultados obtenidos en el BFQ-NA, que muestran que la personalidad -tanto de consumidores como de no consumidores- está siempre dentro de los límites de la normalidad. Esto es así aunque los consumidores muestren mayores índices de inestabilidad emocional, más tendencia a la irresponsabilidad y menor grado de creatividad y curiosidad, datos que también coinciden con los encontrados en ciertas investigaciones (González, 1997; García, 2003; Pedrero, 2003; Cassullo, 2011; Fantín, 2006; Ibáñez, 1991; Mesa y León-Fuentes, 1996; Sáiz, González, Jiménez, Delgado y Liboreiro, 1999; Verdejo, Lawrence y Clarck, 2008; Becoña et al., 2011). Asimismo, se obtienen resultados semejantes en otros estudios en cuanto a la semejanza de sociabilidad entre muestras de consumidores y de no consumidores, concluyéndose que dicha sociabilidad no es un rasgo diferenciador entre unos y otros (Vinet, E., Faúndez, X. y Larraguibel, M., 2008) a diferencia de otros, que concluyen que la Extraversión era más elevada en los consumido-

res que en los no consumidores (Pedrero, 2003; Ibáñez, 1991; Sáiz et al., 1999; Calvete y Estévez, 2009). No podemos afirmar que estos rasgos de personalidad sean consecuencia del consumo, ya que las chicas consumidoras muestran mayores índices de responsabilidad, creatividad y curiosidad que los chicos, pero consumen de igual forma. Sí puede inferirse, no obstante, que los adolescentes que presentan tales rasgos tienden a consumir drogas en mayor medida que los que no los poseen, lo que sería un indicador a tener en cuenta a la hora de diseñar programas de prevención de confirmarse con muestras mayores. Sin embargo, las chicas muestran iguales índices de inestabilidad emocional, lo que podría ser indicativo de que la mencionada inestabilidad emocional que muestran los consumidores estaría motivada por el consumo de drogas, coincidiendo una vez más con algún resultado encontrado en otras investigaciones (Pedrero, 2002; Pedrero, 2003). Digno de destacar es el hecho de que el rasgo Apertura sea menor en los consumidores, ya que tiene que ver en cierta medida con la curiosidad que la persona siente por lo que le rodea y lo novedoso. Este dato sería contrario a lo que afirman otros estudios (Sáiz et al., 1999; Morales et al., 2008; García, 2003), que concluyen que la búsqueda de sensaciones es un factor determinante a la hora de explicar el consumo de drogas por parte de los adolescentes.

Vistos los resultados, concluimos que los programas de prevención deberían comenzar a ponerse en marcha antes de que se tome la decisión de consumo; es decir, ya en los niveles de primaria. Las acciones preventivas previas a la decisión de consumo y al consumo en sí mismo deberían focalizarse en aumentar las habilidades de control emocional (programas de fomento de la tolerancia a la frustración, por ejemplo), habilidades de afrontamiento (entrenamiento en comunicación y en habilidades sociales) y autogestión (gestión de procesos, planificación, dirección a metas, etc.) La información dada en este momento debería centrarse en la visión negativa que la sociedad tiene sobre el consumo de drogas en general mediante acciones adaptadas a la temprana edad de los sujetos y diferenciando la aparente permisividad

sobre el consumo que existe en nuestra cultura de lo que realmente se opina de las personas que consumen.

Las investigaciones futuras deberían integara más variables relacionadas con los factores que intervienen en el consumo una vez tomada la decisión de consumir algún tipo de droga.

Conflicto de intereses

Los autores no tienen conflictos de intereses que declarar.

BIBLIOGRAFÍA

ABU-SHAMS, K., CARLOS, M. DE, TIBERIO, G., SE-BASTIÁN, A., GUILLÉN, J. Y RIVERO, M. (1998). Personalidad del adolescente fumador. Psiquis, 18(8), 41-48. Extraído el 25 de mayo de 2012 de http://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?código=57727.

ALLPORT, G. W. y ODBERT, H. S. (1936). Trait names: A psicho-lexical study. Psychological Monographs, 47, I-2II. Citado en BARBARANELLI, C., CAPRARA G. V. y RABASCA, A. (2006). BFQ-NA. Cuestionario «Big Five» de personalidad para niños y adolescentes. TEA Ediciones.

BARBARANELLI, C., CAPRARA, G. V., RABASCA, A. y PASTORELLI, C. (2003). A questionnaire for measuring the Big Five in late Childhood. Personality and Individual Differences, 34 (pp. 645-664).

BARBARANELLI, C., CAPRARA, G. V. y RABASCA, A. (2006). BFQ-NA. Cuestionario «Big Five» de personalidad para niños y adolescentes. Adaptación española: Del BARRIO GÁNDARA, V., CARRASCO ORTIZ, M. A. y HOLGADO TELLO, F. P. Madrid: TEA Ediciones.

BECOÑA, E., LÓPEZ, A., FERNÁNDEZ DEL RÍO, E., MARTÍNEZ, U., FRAGA, J., OSORIO, J., ARROJO, M., LÓPEZ, F. y DOMÍNGUEZ, M. N. (2011). ¿Tienen una personalidad distinta los adolescentes consumidores de psicoestimulantes? Psicothema, vol. 23, n.º 4 (pp. 552-559).

BROOK, J. S., WHITEMAN, M., GORDON, A. S. y COHEN, P. (1989). Changes in drug involvement: A longitudinal study of childhood and adolescent

determinants. Psychological Reports, 65 (pp. 707-726).

CARRASCO, M. A., HOLGADO, F. y DEL BARRIO, M. V. (2004). Dimensionalidad del cuestionario de los Cinco Grandes (BFQ-N) en población infantil española. Psicothema, vol. 17, n.º 2, (pp. 286-291). Extraído el 28 de julio de 2013 de http://www.psicothema.com

CASSULLO, G. L. (2011). Estudio de la regulación de emociones en adolescentes. Su relación con la percepción de control frente a los riesgos. Memoria III Congreso internacional de Investigación y práctica profesional en Psicología. XVIII Jornadas de Investigación en Psicología del Desarrollo. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires (pp. 29-32).

CATTELL, R. B., MARSHALL, M. B. y GEORGIADES, S. (1957). La personalidad y la motivación: Estructura y medición. Journal of Personality Disorders 19 (1) (pp. 53-67).

CLONINGER, C. R., SIGVARDSSON, S. y BOHMAN, M. (1988). Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. Alcoholism, 12 (pp. 494-505).

DE LA FUENTE, L., BRUGAL, M. T., DOMINGO-SAL-VANY, A., BRAVO, M. J., NEIRA-LEÓN, M. y BARRIO, G. (2006). Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro. Revista Española de Salud Pública n.º 5; 80 (pp. 505-520).

ESPAÑA, DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. Gobierno de España (2010) ESTUDES 2010. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias. España: Plan Nacional sobre Drogas. Extraído el 13 de agosto de 2013 de http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/ESTUDES 2010.pdf

ESPAÑA, DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (2009). Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Madrid: Estrategia nacional sobre drogas 2009-2016.

ESPAÑA, DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (2009). Plan de

Acción sobre drogas España, 2013-1016. Madrid: Estrategia nacional sobre drogas 2009-2016.

ESPAÑA, GOBIERNO DE ARAGÓN (2010). Estado de salud de la población aragonesa, sus determinantes y las actuaciones del Departamento de Salud y Consumo. España: Gobierno de Aragón. Extraído el 13 de agosto de 2012 de http://www.aragon.es

ESPAÑA, OBSERVATORIO ESPAÑOL DE LA DROGA Y LAS TOXICOMANÍAS (2011). Informe 2011: Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Extraído el 5 de febrero de 2013 de http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/FOLLETO_OED2011.pdf

ESPEJO, B., CORTÉS, M. T., GIMÉNEZ, J. A., LUQUE, L. E. y GÓMEZ, R. A. (2011). Elaboración de un cuestionario basado en la Teoría de la Conducta Planificada de Ajzen para evaluar el consumo de alcohol en atracón en adolescentes. Revista Española de Drogodependencias vol. 36 (4) (pp. 403-416).

FAD (2007). Encuesta Estatal Sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006-2007. Extraído el 20 de mayo de 2013 de www.fad.es

FANTÍN, M. B. (2006). Perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados. Adicciones, vol. 18, n.º 3 (pp. 285-292).

GARCÍA, M. M. (2003). Consumo de drogas en adolescentes: diseño y desarrollo de un programa de prevención escolar. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España.

GLENN, H. S. (1987). Raising children for success. Fair Oaks, California: Sonrise Press. En FANTÍN, M. B. (2006) Perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados. Adicciones, vol. 18, n.º 3 (pp. 285-292).

GOBIERNO DE ARAGÓN, DEPARTAMENTO DE SALUD Y CONSUMO (2009). Informe de Evaluación del Plan autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas 2005-2008. Zaragoza: Dirección General de Salud Pública.

GOBIERNO DE ARAGÓN, DEPARTAMENTO DE SALUD Y CONSUMO (2010). Il Plan Autonómico

sobre drogodependencias y otras conductas adictivas 2010-2016. Zaragoza: Dirección General de Salud Pública.

GONZÁLEZ DE AUDIKANA, M. (2008). Siete claves para entender lo que ha pasado en estos 25 años con el consumo de drogas entre nuestros escolares. En ELZO, J., LAESPADA, M. T., AROSTEGUI, E., GARCÍA DEL MORAL, N., GONZÁLEZ DE AUDIKANA, M., MUGETA, U., SARABIA, I., SANZ, M. y VEGA, A. (2008). Drogas y Escuela VII. Las drogas en escolares de Euskadi veinticinco años después (pp. 407-544). Bilbao: Universidad de Deusto.

GONZÁLEZ, F. C. (1997). Factores biopsicosociales que inciden en el consumo de tabaco en población infanto-juvenil. Bases para una educación preventiva. Cádiz: Consejería de Asuntos Sociales. Comisionado para la droga. Junta de Andalucía. Universidad de Cádiz.

GRILLO, C., FEHON, D., WALKER, M. y MARTINO, S. (1996). A comparison of adolescents' impatients with and without substance abuse using de Millon Adolescent Clinical Inventory. J. Young Adolesc, vol. 25 (pp. 379-389). En VINET, E., FAÚNDEZ, X. y LARRAGUIBEL, M. Adolescentes con trastorno por consumo de sustancias: una caracterización de personalidad a través de las normas chilenas del MACI (p. 473).

GUERREIRO, D. F., CARMO, A. L., SILVA, J. A., NAVARRO, R. y GÓIS, C. (2011). Um novo perfil de abuso de substâncias em adolescentes e jovens adultos. Acta médica portuguesa, vol. 24 (pp. 739-756). Extraído el 12 de mayo de 2013 de www.actamedicaportuguesa.com

IBÁÑEZ, A. C. (1991). Rasgos de personalidad y algunas variables psicosociales como factores de riesgo del hábito de fumar en adolescentes. Tesis doctoral. Universidad del País Vasco. España.

JIMÉNEZ FERNANDEZ, C. (1983): Población y muestra. El muestreo. Madrid: UNED.

KELLAN, S. G., SIMON, M. B. y ENSMINGER, M. E. (1983). Antecedent of teenage drug use and psychological well-being: A ten-year community wide prospective study. En GARCÍA, M. M. Consumo de drogas en adolescentes: diseño y desarrollo de un

programa de prevención escolar. Madrid, España (p. 207).

MARÍN IBÁÑEZ, R. (1985): El muestreo. Tema 6. En MARIN IBÁÑEZ, R. Y PÉREZ SERRANO, G.: Pedagogía social y sociología de la educación. Unidades didácticas 1,2 y 3 (pp.161-186). UNED, Madrid.

MEGÍAS, E. (dir.) (2000). Los valores de la sociedad española y su relación con las drogas. España: Fundación La Caixa.

MEGÍAS, V. E. (dir.), RODRÍGUEZ SAN JULIÁN, I., MEGÍAS Q., J. y NAVARRO B. J. (2004). La percepción social de los problemas de drogas en España. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

MEGÍAS, E., ELZO, J., RODRÍGUEZ, E., BALLES-TEROS, J. C. y RODRÍGUEZ, M. A. (2010). Valores sociales y drogas 2010. Madrid: FAD.

MENESES, F. C. (2012). Diferencias étnicas y de género en el consumo de drogas entre adolescentes. En PÉREZ, G. L, NUEZ, V. C. y DEL POZO, I. J. (coords.). Tecnologías de la comunicación, jóvenes y promoción de la salud. La Rioja: Consejería de Salud y Servicios Sociales. Dirección general de salud pública y consumo. Servicio de drogodependencias y otras adicciones (pp. 168-185).

MESA, P. y LEÓN FUENTES, J. (1996). Drogodependencias y adolescencia. Causas y consecuencias del abuso. En FANTÍN, M. B. Perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados. Adicciones, vol. 18, n.º 3 (pp. 285-292).

MOLINA, J. A., DUARTE, R. y ESCARIO, J. J. (2004). El consumo de drogas entre los jóvenes aragoneses: evidencia de un proceso secuencial en varias etapas. Zaragoza: Fundación Economía Aragonesa.

MORALES, E. et al. (2008). Consumo de cannabis en los estudiantes de Secundaria de Barcelona: inicio en el consumo, efectos experimentados y expectativas. Gaceta Sanitaria, vol. 22, n.º 4 (pp. 321-329).

MORALES, M. C., BUENO, C. F., ALEXANDRA-BENAVENT, R. y VALDERRAMA-ZURIÁN, J. C. (2011). Creencias y motivos asociados al consumo de cannabis en población escolarizada de la ciudad

de Valencia, España. Trastornos adictivos, vol. 14, n.º 4 (pp. 1-12).

NORMAN, W. T. (1963). Toward and adequate taxonomy of personality attributes. Journal of Abnormal and Social Psychology, 66 (pp. 547-583). Citado en BARBARANELLI, C., CAPRARA, G. V. y RABASCA, A: BFQ-NA. Cuestionario «Big Five» de personalidad para niños y adolescentes. Madrid: TEA Ediciones (p. 11).

OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO. Informe Mundial sobre Drogas 2012. Extraído el 23 de junio 2013 de http://www.unodc.org/documents/data-anda-nalysis/WDR2012/WDR_2012_Spanish_web.pdf

OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO. Informe Mundial sobre Drogas 2013. Extraído el 09 de julio de 2013 de http://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/ wdr2013/WDR2013 ExSummary S.pdf

PEDRERO, J. (2002). Evaluación de la personalidad de sujetos drogodependientes que solicitan tratamiento mediante el Big-Five Questionnaire. Trastornos Adictivos, 4 (pp. 138-150). Extraído el 25 de julio 2013 de http://http://zl.elsevier.es

PEDRERO, J. (2003). Los trastornos de la personalidad en drogodependientes desde la perspectiva de los cinco grandes factores. Adicciones, 15 (pp. 203-220).

RODRÍGUEZ, M. D. (1996). Factores de riesgo, prevención, detección e intervención en problemas de alcohol en la población infanto-juvenil. Alcohol y juventud 1995: informes, ponencias y comunicaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (pp. 63-86).

SÁIZ, P. A., GONZÁLEZ, M. P., JIMÉNEZ, L., DELGADO, Y., LIBOREIRO, M. J., GRANDA, B. y BOBES, J. (1999). Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y rasgos de personalidad en jóvenes de Enseñanza Secundaria. Adicciones, vol. 11, n.º 3 (pp. 209-220).

SHROUT, E. P., FISKET, S. (1995). La investigación de la personalidad, los métodos y la teoría. USA: Psychology Press.

TUPES, E. C. y CRISTAL, R. E. (1961). Recurrent personality factors based on trait ratings. Texas: Lackland Air Force Base. Citado en BARBARA-NELLI, C., CAPRARA, G. V. y RABASCA, A. (2006). BFQ-NA. Cuestionario «Big Five» de personalidad para niños y adolescentes. Madrid: TEA Ediciones (p. 11).

VERDEJO-GARCÍA, A., LAWRENCE, A. J. y CLARK, L. (2008). Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: Review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 32 (pp. 777-810). Citado en BECOÑA, E., LÓPEZ, A., FERNÁNDEZ DEL RÍO, E., MARTÍNEZ, U., FRAGA, J., OSORIO, J., ARROJO, M., LÓPEZ, F. y DOMÍNGUEZ, M. N. (2011). ¿Tienen una personalidad distinta los adolescentes consumidores de psicoestimulantes? Psicothema, vol. 23, n.º 4 (pp. 552-559; p. 558).

VINET, E., FAÚNDEZ, X. y LARRAGUIBEL, M. (2008). Adolescentes con trastorno por consumo de sustancias: una caracterización de personalidad a través de las normas chilenas del MACI. Revista médica chilena, vol. 137 (pp. 466-474).



ANÁLISIS DEL IMPACTO DEL CINE Y LAS SERIES DE TELEVISIÓN CONTEMPORÁNEAS EN LAS PAUTAS DE CONSUMO DE DROGAS Y OTRAS ADICCIONES DE LOS JÓVENES

SANALYSIS OF IMPACT OF MOVIES AND TV SERIALS IN DRUGS CONSUMPTIONS AND OTHER ADDICTIVE BEHAVIOURS PATTERSNS OF YOUNG PEOPLE

Antonio Jesús Molina Fernández

Psicólogo. Director de centro y coordinador terapéutico. Asociación Dianova España

RESUMEN

Los referentes sociales han ido evolucionando desde la aparición de las TIC´s, especialmente en el mundo audiovisual. El objetivo del presente artículo es investigar la influencia de los referentes globales de las películas de cine y las series de televisión actual y sus consecuencias (positivas y negativas) en las pautas de comportamiento de los jóvenes sobre el manejo de conductas adictivas.

PALABRAS CLAVE

Adicción, contexto social, investigación cuantitativa y cualitativa, cultura popular, identidad social, impacto social.

ABSTRACT

Social references have gone in evolution since apparition of CIT's, especially in visual arts world. Objective of next article is to invest the influence of actual TV serials and cinema movies global references and their consequences (positive and negative ones) in young persons in manage of addictive behaviours.

KEYWORDS

Addiction, social context, quantitative + qualitative analysis, popular culture, social identity, social impact.

"Una toxicomanía clásica era el resultado de un encuentro de un sujeto y una droga. Había pues, en primer lugar elección de tal droga como consecuencia de un hallazgo fortuito o de un propósito deliberado, y después unión entre sujeto y la droga elegida, como un verdadero matrimonio, que llevaba consigo la fidelidad del drogadicto y evolucionaba del encanto de los primeros días a la amargura de los últimos, pasando por muchas crisis, separaciones y retornos de pasión. Todos estos dramas se desarrollaban en familia y se tenía mucho cuidado, como en los matrimonios más burqueses, de que nada trascendiese

al exterior. Ahora bien, la fidelidad tradicional del toxicómano a su droga ya no existe porque se añade un problema nuevo, el de la asociación de varias drogas. En la búsqueda permanente de nuevas sensaciones y de experiencias diferentes, se realizan las asociaciones menos previsibles y los combinados más temerarios".

(Velasco, 2008: 17)

INTRODUCCIÓN

Definiciones y planteamientos

Impacto (del lat. tardío impactus). Según R.A.E.:

1.m. Choque de un proyectil o de otro objeto contra algo.

2.m. Huella o señal que deja.

3.m. Efecto de una fuerza aplicada bruscamente.

4.m. Golpe emocional producido por una noticia desconcertante.

5.m. Efecto producido en la opinión pública por un acontecimiento, una disposición de la autoridad, una noticia, una catástrofe, etc.

Cuando hablamos de estudiar el impacto de algún factor, hacemos referencia tanto a los efectos esperados/resultados que dicho factor produce y su influencia en el contexto social cercano como a los efectos no esperados, positivos y negativos, su alcance y su visibilidad. La generalización en el uso de las tecnologías de la información y la comunicación/TIC's, especialmente en los últimos 10 años, ha cambiado muchos aspectos de la vida moderna, incluyendo la manera de ver imágenes en pantalla: si para varias generaciones la televisión o el cine eran la manera de observar nuevas realidades, en la última década utilizando los actuales accesos a internet, es sencillo encontrarnos con personas viendo películas o series en cualquier lugar público, ya sea en "streaming"/tiempo real, ya sea tras descargársela de una página. El impacto de las series de TV, sus personajes y sus tramas ha variado enormemente, siendo definidas por algunos expertos en medios audiovisuales como el actual "Septimo arte", por cuestiones técnicas y artísticas. De esta manera, la diferencia

entre "serie" y "película" se limita a la continuidad en las emisiones y el número de episodios. Los patrones sociales y culturales de consumo van evolucionando, la manera en la que se convierten en reflejos sociales también.

"El tema de la drogodependencia en el cine fue un tema tabú hasta el final de la década de los 60, porque desde principio de la década de los años 30 se aplicaba el Código Hays, un sistema de autocensura impuesto por los propios estudios".

(Velasco, 2012: 105)

En este proceso, las series de televisión (y algunos canales como Netflix, HBO y en España Movistar Series) han conseguido una capacidad de influencia sobre dicho mercado mediante productos de alta calidad técnica y temas actuales (no necesariamente contextualizados en las series en el momento contemporáneo). Dentro de este desarrollo, una gran cantidad de series y de personajes de estas nuevas obras reflejan pautas y patrones de comportamiento que nos pueden servir para entender cómo han avanzado (y pueden evolucionar) los patrones de abuso de comportamientos adictivos (y no tan solo de consumo de sustancias "convencionales"). El acceso rápido y sencillo a través de internet de productos de consumo parece estar vinculándose a un fenómeno más amplio, dentro del cual los productos adictivos se contemplan como una vía más de mercado.

"El mercado actual de las drogas parece ser más fluido y dinámico y basarse menos en una serie de sustancias a base de plantas enviadas desde larga distancia a los mercados de consumidores en Europa. La globalización y los avances en la tecnología de la información son factores importantes al respecto. Están cambiando las pautas de consumo de drogas en los países de renta baja y media, y esto también puede tener consecuencias para la problemática de las drogas en Europa en un futuro. Internet presenta retos cada vez mayores, tanto como mecanismo para la difusión rápida de las nuevas tendencias como en su condición de mercado anónimo en rápido auge de alcance global. Internet crea una nueva interconexión entre el consumo y la oferta de drogas".

(OEDT, 2014: 12)

Desde hace algunos años, profesionales de la comunicación y la docencia, como el catedrático de Psicología de la Comunicación de la Universidad Complutense de Madrid Ubaldo Cuesta, mencionan las series de televisión como una nueva manera de reflejar la realidad. La evolución que se ha producido en los últimos 10 años en dichas series, tanto en temática como en sistema de difusión, calidad, nivel interpretativo y técnico... ha provocado que actualmente varias de dichas series se hayan convertido en fenómenos sociales. En sus conferencias, por ejemplo, el profesor Cuesta utiliza escenas de "The Big Bang theory"; en las jornadas de Exclusión Social de la UNED es habitual mencionar la serie danesa "Borgen", que plasma de un modo claro el complejo mundo de las alianzas políticas danesas (de una manera bastante más realista que la estadounidense "House of cards"), son habituales las referencias a "Juego de tronos" o "Los Simpsons" en diferentes medios y formatos académicos.

"Los adolescentes son el segmento de audiencia que menos televisión consume, debido al mayor uso de otros sistemas de comunicación y sobre todo a su menor permanencia en el hogar. Sin embargo, su grado de interés por los contenidos que eligen de la parrilla es muy intenso, especialmente en el caso de las series de ficción y de los realities con jóvenes. Establecen relaciones de identificación o proyección con los personajes de las series especialmente intensas, lo que lleva a pensar en la importante influencia de estos contenidos de ficción en la construcción y desarrollo de la identidad adolescente y en la producción de sentido sobre esa identidad; tratan sus espacios preferidos como programas "de culto", y crean todo un entorno de afinidad a los mismos a través de foros, chats, blogs y presencia en las redes sociales que es progresivamente aprovechado por productoras y cadenas en sus acciones de merchandising".

(Perales, 2010:86)

Sobre las adicciones y su reflejo en las series de televisión, es frecuente encontrarnos con figuras significativas dentro de las tramas que han tenido o mantienen algún tipo de trastorno adictivo. Desde el Charlie de "Perdidos" (arquetipo de estrella del rock en decadencia) al Peter Russo de

la anteriormente mencionada "House of cards" (congresista demócrata al que sus hábitos adictivos convierten en una persona vulnerable a los tejemanejes del personaje que interpreta Kevin Spacey), pasando por las tramas del submundo del tráfico de drogas de "The wire", "Los soprano" (y su curiosa ética de los negocios mafiosos), el consumo de analgésicos y alcohol como anestésico emocional en las películas de "Los juegos del hambre", el papel de adicto al crack de Christian Bale en "The fighter" ¿Cómo repercute la combinación de este acceso directo y estas figuras ambivalentes cuando no directamente favorables al abuso de sustancias en personas jóvenes con problemas de adicciones?

"La modernidad occidental subyace esta premisa, le da la vuelta e instaura racionalmente la premisa contraria. Aniquila estas culturas a través de complejos procesos económicos, políticos y culturales. En este sentido, en la medida en que nos independizamos de la dependencia hacia los demás, nos volvemos dependientes hacia sustancias y actividades".

(Jaúregui, 2014: 14)

Los datos del Observatorio Español sobre Drogas y Toxicomanías (OEDT 2014) muestran un aumento del número de personas atendidas en España, reduciéndose las personas atendidas por consumo de cocaína y heroína y aumentando las admisiones a tratamiento por cánnabis, alcohol y "otros consumos".

(PNSD, 2014: 43)

"(Todos los autores) coinciden en la necesidad de utilizar los resultados de los programas como elementos de evaluación sobre la eficacia de los mismos, es decir, basar las intervenciones en evidencias científicas y no en políticas ideológicas, reclamando que sean estas evidencias científicas las razones para desarrollar políticas y no a la inversa".

(Laespada e Iraurgi, 2012: 15)

El argumento oficial es que se reducen el número de consumidores de drogas y aumenta el número de atendidos. Otra explicación podría ser que los cuestionarios oficiales registran datos

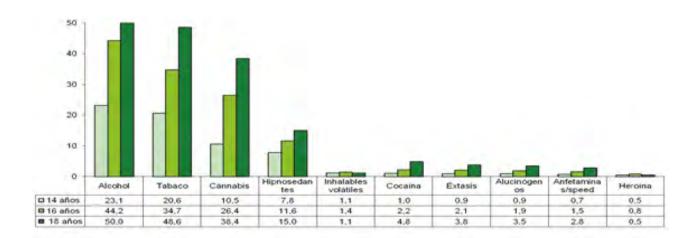


Figura 1: Porcentaje consumidores de drogas en el último año14-18 años ESTUDES 2012/ 2013 (PNSD 2014: 5)

convencionales y que el tipo de consumo así como los motivos de inicio y uso han variado y se han actualizado.

"Los consumidores de drogas no son un grupo homogéneo en cuanto a su preparación o disposición para dejar su consumo".

(Trujols e Iraurgi, 2009: 21)

¿Qué se está escapando que no permite entender el fenómeno social del uso de comportamientos adictivos en la actualidad? El consumo en "binge" o atracón se ha disparado en los últimos 5 años, especialmente en adolescentes y jóvenes que comienzan a convertirlo en un hábito de comportamiento, no tan solo en el uso de conductas adictivas.

Se ha reconocido que el modelo de uso de alcohol en jóvenes ha variado, que el consumo de sustancias legales es mayor en mujeres que en hombres entre 14 y 18 años, que hay una tendencia creciente a consumir más psicofármacos en población general (PNSD 2014: 42)...

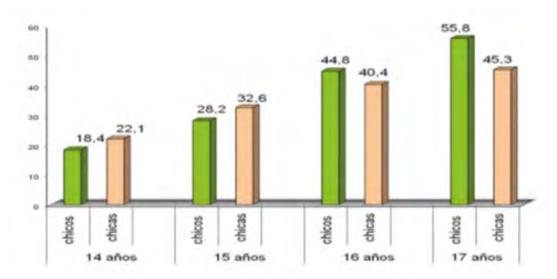


Figura 2: Porcentaje de "BINGE DRINKING" en menores (14-17 años), en el último mes, según sexo y edad. ESTUDES, 2012/2013. (PNSD 2014: 10)

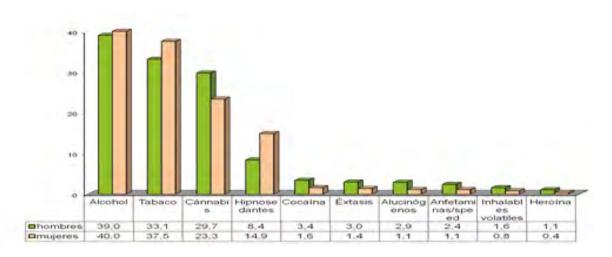


Figura 3: Diferencias de consumo entre hombres y mujeres 14-18 años. ESTUDES 2012-2013 (PNSD, 2014:5)

Porque puede que lo reflejen o no las estadísticas, pero las conductas adictivas no se explican tan solo por el abuso de sustancias y sus consecuencias neuropsicológicas, farmacológicas y epidemiológicas. La detección de unos 75 nuevos productos psicoactivos en el "mercado" nos señalan esta necesidad de analizar el consumo de sustancias como un producto de consumo más, con sus correspondientes "redes distribuidoras", con sus "puntos de venta" y sus lugares de consumo, que utilizan terminales de teléfono móvil, con distribución on-line de productos como el "shabú" (una especie de

metanfetamina más barata y peligrosa por lo desconocido de sus efectos), procedentes de China, India, África Central o Brasil.

Además, para complicar o aclarar más la cuestión, en la prestigiosa revista "The Lancet Psychiatry" este año 2015 se ha publicado un artículo de revisión llamado "The brain disease model of addiction: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises?" ("El modelo de enfermedad cerebral de la adicción: ¿está apoyado por la evidencia y ha cumplido sus promesas?"), que viene a criticar el excesivo reduccionismo y determinismo

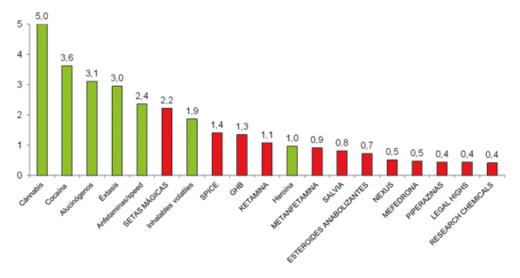


Figura 4: Porcentaje de consumidores de DROGAS EMERGENTES y otras ilegales, alguna vez en la vida. ESTUDES (14-18 años), 2012/2013 (PNSD, 2014: 20)

biologicista aplicado a las adicciones. En este artículo, el grupo dirigido por el profesor Hall de la Universidad de Queensland en Australia critica la limitación de acceso a programas psicosociales que ha supuesto la sanitarización de las adicciones, así como la necesidad de recuperar el marco amplio multicomponente que incluía los aspectos psicosociales, socioeconómicos, epidemiológicos, farmacológicos, neuropsicológicos... para poder "integrar los nuevos hallazgos científicos que van surgiendo de la investigación en neurociencia con los de la economía, la epidemiología, la sociología, la psicología y la política para disminuir los daños causados por el consumo de drogas y de cualquier tipo de adicción".

(Hall et cols, 2015:108)

Parece necesario buscar modelos dinámicos de explicación, al menos para definir los aspectos sociológicos de las adicciones en la actualidad.

"Por otra parte, un examen más detallado indica una situación muy fluida en el ámbito de las drogas, debido a la presencia de «nuevos» problemas que suponen un reto para las políticas y las prácticas actuales: aparecen, en efecto, nuevas drogas sintéticas y pautas de consumo, tanto en el mercado de drogas ilegales como en el contexto de las sustancias no controladas".

(OEDT, 2014: 11)

Debemos incluir en el análisis un factor más, y es la vía de consumo de las propias series: el acceso actual por televisiones convencionales ha ido perdiendo adeptos, frente a un sistema más inmediato y personalizado que permite el que los consumidores puedan utilizar formatos como el streaming o las descargas (legales o ilegales) para poder visualizar dichas series. El sistema de difusión se convierte, de esta manera, en una auténtica vía de consumo del producto. Es en un contexto de uso generalizado de TIC´s y medios audiovisuales diferentes (smartphones, tablets, pantallas táctiles y reducidas...) en el que debemos integrar el Impacto social de estos productos de consumo para los jóvenes de entre 18-30 años.

Como dice la psicóloga Mayte Helguera "el uso de las TIC's no presenta ningún indicio adictivo si

lo hace para divertirse, comunicarse o jugar con ello. Es decir, si no interfiere en sus obligaciones, ni en sus actividades de tiempo libre. Así, siempre que el propio usuario lo entienda como una herramienta lúdica con el fin de pasarlo bien, que no se realice en detrimento de otras actividades y que la propia tecnología no constituya un patrón en sí mismo para el adolescente".

(Helguera, 2014:59)

Efectos no esperados, positivos y negativos, de una evolución tecnológica y cultural que puede considerarse como un factor de dinamización y difusión de conocimiento o como un factor de riesgo para la aparición de ciertos trastornos del desarrollo.

"Finalmente, la identificación o desidentificación con los personajes, que está mediada por la distancia física o psicológica del espectador con los actores de la violencia. En ten demos por cercanía física las escenas que se desarrollan en lugares que los espectadores conocen, frecuentan o podrían frecuentar.

Los contextos geográficos próximos (de España, de Madrid), los ambientes más próximos a los espectadores (por ejemplo los conflictos entre grupos para los jóvenes), modifican sustancialmente los efectos emocionales generalmente para acentuar la importancia de los sentimientos y la fuerza de la emoción suscitada. Conmueve lo que se asocia (por desplazamiento) con el espectador. La similitud de la problemática que se despliega en la ficción es origen de sentimientos, efectos y emociones. La capacidad de ponerse en lugar del otro, situarse en su lugar, fundir algunos aspectos del yo con el otro mirado, les «compromete», les implica y sienten con él. Este proceso se traduce en el discurso analizado en una sensibilización dirigida, particularizada con los actores o situaciones que tienen vivencias similares y con los que el espectador se puede identificar".

(Fernández et cols, 2010: 95)

LOS JÓVENES Y SUS COMPORTAMIENTOS ACTUALES SOBRE LAS DROGAS: ASPECTOS PERSONALES Y SOCIALES

Explicaciones generales del fenómeno juvenil

Hemos asimilado como reales y ciertas hipótesis como el uso de drogas de los jóvenes (a pesar de que los porcentajes de consumidores de sustancias es mayor en adultos desde hace muchos años), Además, a esta generación de jóvenes le hemos insertado una "identidad social" (Jenkins, 1996) que se denomina NINI en España y NEET en Europa, identidad nominal que se compone de los que no se tiene: ni estudios ni trabajos, extendida en el matiz más peyorativo del concepto a "ni ganas de tenerlos". Esta generación, además se ha visibilizado en los medios de comunicación vinculada con fenómenos como el "botellón", espacio social de consumo de sustancias como el alcohol o el cannabis. Dentro del posible consumo perjudicial de estas sustancias, conviven este espacio social con un perfil de consumo intensivo de sustancia, que en inglés se denomina "binge use" o "binge Drinking", en el que este abuso se da de manera no frecuente o periódica pero sí con un fin claro: intoxicarse para "desconectar" de un contexto social que les resulta desesperanzador. Los Jóvenes consumen sustancias por unos motivos determinados, con unas expectativas determinadas. Estos motivos, en muchos casos, no tienen nada que ver con la teoría Hedonista o del placer de las drogas, sino mucho más con modelos de habituación y mecanismo de aprendizaje social. La reducción de las explicaciones sobre los comportamientos adictivos como únicamente respuestas cerebrales tampoco han ayudado gran cosa a desarrollar programas preventivos y de intervención para jóvenes que contemplen los aspectos culturales, socioeconómicos y sociodemográficos del uso de conductas adictivas y su vinculación con otras pautas de comportamiento. Actualmente, los jóvenes adecuan su estilo de vida a sus posibilidades en las actuales situaciones.

Teorías cercanas a las Neurociencias sociales plantean un "Perfil del adolescente con trastorno del neurodesarrollo", como una combinación de:

- Al menos consumo problemático de una sustancia "tradicional" (alcohol, cocaína, cannabis, benzodiacepinas, heroína...) +
- Al menos un problema comportamental (redes sociales, apuestas deportivas, juegos de azar, compras compulsivas, vigorexia, ortorexia...) +
- Al menos un trastorno mental diagnosticado.

Estas disciplinas establecen un cierto paralelismo entre incidencia del consumo de drogas y neuromaduración.

- Entremezclados con las transiciones fisiologicacognitivo-afectiva y de personalidad.
- Consolidación estructural del Córtex Prefrontal con el área motivacional (núcleo estriado y ganglios de la base) y emocional (amígdala e ínsula).

Según esta teoría, pasaríamos de describir la adicción como una "enfermedad cerebral crónica con tendencia a la recaída" a un "trastorno del neurodesarrollo adolescente" que se convierte en una alteración habitual del comportamiento. Para justificar este planteamiento, se han utilizado diferentes estudios sobre factores premórbidos o de vulnerabilidad, así como definiciones del denominado "endofenotipo" (rasgo predisponente), que se ha asumido de manera generalizada que es la impulsividad/déficit del control inhibitorio. La combinación de impulsividad + desequilibrio en el sistema motivacional + déficit regulatorio = factor de vulnerabilidad.

Sería la combinación de los factores la que facilitaría la aparición y consolidación del trastorno adictivo. Según esta teoría, como predictores neurocognitivos podríamos considerar los siguientes:

- Desinhibición neuroconductual.
- Fracaso escolar.
- Incursión en el sistema juvenil.
- Familias de todas las capas y estratos sociales.

Así, utilizando este esquema pasaríamos de los "problemas de las drogodependencias" hacia una definición neuropsicológica del "consumo de drogas + comportamiento conflictivos", con correlaciones entre diferentes factores tales como:

- La desinhibición neuroconductual entre los 10-12 años, conduce a un mayor riesgo de consumo intensivo de alcohol-drogas (16-17 años) y al posterior desarrollo precoz de un diagnóstico de dependencia (19 años).
- No hablamos del "desfase adaptativo" de la adolescencia, sino de "transgresores extremos" (Comas 2014), un porcentaje minoritario de jóvenes consumidores pero con gran visibilidad social.
- La correlación entre edad temprana de consumo y fracaso escolar, a pesar de la visión que los jóvenes tienen de la ineficacia de estudiar, hace que tengamos que incluir estrategias de formación alternativas en los planes y programas de prevención.

Sobre la desobediencia como factor predisponente, esta teoría indica un perfil de vulnerabilidad, fundamentalmente con varones, que presentan conductas "contra las normas", seguido de actos de "vandalismo" y agresión a terceras personas. Eso sí, no se puede negar la existencia de un aumento de actos delictivos protagonizados por chicas/os en edades cada vez más tempranas, reincidentes, de forma violenta y con cada vez mayor número de autores. Especialmente, hablamos de actos relacionados con el uso de redes sociales: ciberbullying, acoso sexual en la red. En muchos casos nos encontramos con personas que tienen competencias sociales y académicas bajas, así como trastornos psicopatológicos tempranos, especialmente rasgos de personalidad patológicos del cluster B/emocional (límite, narcisista, antisocial, histriónico) de la personalidad.

Como podemos contemplar, en muy pocas de estas teorías se utilizan las explicaciones sociológicas como prioritarias, estando más integradas dentro de modelos psicológicos, educativos o sanitarios. Sobre los aspectos culturales del consumo de drogas, o sus matices y diferencias culturales, no encontramos apenas explicaciones integradoras.

EL CINE Y LA TELEVISIÓN COMO REFERENTES SOCIOLÓGICOS: ASPECTOS MACROSOCIALES

1. Las series de TV como nuevo reflejo social

En la actualidad, las series de TV han conseguido el prestigio que durante muchos años han tenido las grandes superproducciones, en cantidad y calidad. Nos encontramos con la conversión en productos de consumo inmediato de temporadas completas de alta calidad, con grandes guiones e intérpretes, dirigidas por prestigiosos realizadores y con un alto nivel técnico y presupuestario. Pero nada de esto tendría sentido en nuestro análisis sociológico si no incluyéramos el valor añadido que tiene estas obras hoy día: la capacidad de identificar durante varias temporadas a los espectadores con unos personajes, incluso cuando estos caracteres viven en contextos sociales distantes y diferentes de sus televidentes. Se ha llegado a tal grado de impacto que los aficionados a estos desarrollos complejos se pueden llegar a identificar con un psicópata que trabaja de forense (en la serie "Dexter"), un enfermo terminal de cáncer que decide dejarle a su familia una herencia conseguida con la venta de metanfetamina (en "Breaking bad"), los moteros de una banda en el desierto ("Sons of anarchy"), una banda de mafiosos de New Jersey cuyo jefe tiene un problema de estrés (en la obra cumbre de las series "Los Soprano")...No se pueden dejar de mencionar las denominadas "series río", donde multitud de caracteres se van repartiendo el protagonismo. Como referentes principales de esta categoría nos encontramos con la ciudad de Baltimore de "The wire", la isla de "Perdidos" y los siete reinos de "Juego de Tronos".

El común de estas series es la enorme influencia que están teniendo en sus espectadores, en todos los aspectos: forma de hablar, manera de vestir (es muy popular el merchandising de estas producciones, especialmente las camisetas y utensilios de sus diario como tazas y llaveros, pero también muñecos, libros afines, posters... sin hablar de los propios ejemplares de las series), gestos... Podemos ir más allá e

investigar si estos patrones de comportamiento se asientan, generalizan y asimilan con la misma facilidad con la que se visionan sus capítulos. No se trata de responsabilizarlas de los supuestos "comportamientos erróneos" de sus aficionados, sino detectar el momento que en que los personajes reflejan aspectos de la realidad que el propio contexto social no es capaz de reconocer. Es mucho más sencillo aceptar la corrupción estructural en la ciudad de Baltimore viendo las seis temporadas de "The wire" que reconocer la corrupción estructural en España viendo los noticieros. Es más educativo contemplar como los buenos y los malos se mezclan en "Perdidos", donde no hay principio ni fin, que romper los arquetipos sobre "los honrados" y "la casta" que nos ofrece la actual política española.

"La imagen que los menores reciben de sí mismos a través de los relatos televisivos está claramente condicionada por los intereses el mercado audiovisual, y no se inscribe generalmente en modelos pedagógicos ni se compadece con los estadios de la evolución psicológica en esos segmentos de edad. No se provee a los menores de habilidades de conocimiento, alfabetización mediática y recepción crítica, que favorezca pasar ante los medios de una posición puramente defensiva o reactiva (la defensa y protección del menor ante los contenidos inadecuados) a una posición proactiva (la utilización adecuada de los medios y de los beneficios que pueden aportar)." (Perales 2010:87).

2. "Adicción a las series" y las adicciones en las series de TV

Que la televisión y las series han sido estilos menores frente al gran Séptimo Arte que se consideraba y se sigue considerando el cine ha sido una constante desde la década de los 50 hasta el inicio del siglo XXI. De manera despectiva, en ocasiones a las series de televisión se las ha denominado con términos peyorativos como "soap operas" o "culebrones", siendo considerados de manera frecuente como productos de consumo rápido por grandes masas, justificando su habitual baja calidad y escaso interés sociológico en una supuesta "dictadura de la audiencia" que determinaba qué tipo de productos y en qué estilos se iban produciendo. Este fenómeno no es nuevo

ni particular de la televisión. En el año 2003, el profesor Antonio Gutiérrez Resa definió un modelo similar de construcción de producto de consumo, analizando la novela contemporánea en vez de las series de televisión. En dicho análisis, Gutiérrez Resa hacía mención a los sentimientos e intereses que creaban los autores de dichas novelas.

"Experimentamos interés y curiosidad por saber lo que mueve a sus personajes de ficción; lo que encierran sus palabra, sus diálogos".

(Gutiérrez Resa, 2003: 14)

Y completaba su análisis reconociendo la evolución/involución de la novela hacia el consumo mayoritario, intentando no perder su identidad y calidad en el proceso.

"Hoy, las circunstancias han cambiado y la literatura, la novela, es en buena parte un producto de mercado. Por lo tanto, la producción, mediación y recepción de las novelas entre el público exigen tenerse en cuenta para entender la producción literaria como resultado dependiente de aquellas y tantas otras circunstancias más. Añadimos que la novela actual ha perdido el carácter elitista de antaño y es asequible a todo el mundo".

(ibid.: 15)

El proceso en las series de televisión ha cambiado, pero al revés: han pasado de producto de consumo mayoritario a un bocado de "delicatessen" para paladares exquisitos. Canales como HBO o Fox hacen de sus productos exclusivos lanzamientos para sus clientes, en forma de "trailers" o "merchandising" propio y dedicado especialmente para sus usuarios habituales. Otros canales, como Netflix o Vimeo (en España, Movistar Series o Canal+) encuentran en la forma de distribución su valor añadido y elitista, garantizando ser los primeros en la emisión del drama o la comedia elegida, utilizando formatos directos que permiten el consumo intensivo de dichas series, no por capítulos diarios o semanales como hasta ahora, sino en oleadas intensivas de emisiones, poniendo a disposición de sus clientes temporadas completas, series enteras. El consumo intensivo de emociones aumenta, al igual que ha aumentado el consumo intensivo de sustancias en detrimento de la frecuencia de uso: la elección

ahora está en grandes inundaciones de emoción en momentos muy concretos, para después volver a una "normalidad" de la que se sale cada cierto tiempo. Este fenómeno del uso "binge", ya sea "binge use" de drogas, ya sea "binge drinking" en el caso del alcohol, se ha extendido a otros usos, en concreto a la televisión.

El concepto "binger" se está comenzando a utilizar en Estados Unidos haciendo referencia a la incapacidad de controlar el ansia por ver series de TV. Un artículo publicado en "Time magazine" en enero de 2014 (http://healthland.time.com/2014/01/17/5-reasons-why-tvs-top-shows-are-so-addictive) ofrece las conclusiones a las que algunos investigadores han llegado tratando de descubrir por qué existe un número tan alto de público incapaz de despegarse de estos metrajes. Una exploración sobre la común dependencia de visualizar un capítulo tras terminar el anterior, muchas veces, incluso anteponiendo el capricho a obligaciones más inminentes. Es decir, un auténtico mono de una dosis más.

Al parecer, según la recopilación de datos de expertos que señala el artículo, las claves principales del enganche generalizado están divididas en los siguientes parámetros: Existencia de ráfagas visuales, control sobre la atención, altas dosis de sexo y violencia y, por supuesto, la obviedad de dar carpetazo a cada capítulo siempre en los momentos más interesantes.

Con el cine sucede el fenómeno a la inversa: actualmente, los productos cinematográficos más consumidos son seriales lejanos de la realidad, como las sagas de superhéroes (tipo "X-Men" o "Los Vengadores") o las adaptaciones de novelas juveniles con mayor o menor fortuna (ejemplos como "Los juegos del hambre" o la trilogía "Divergente"). En estas producciones abundan los "arquetipos", personajes estereotipados donde se aglutinan virtudes y/o defectos, procurando no ofrecer demasiados matices sobre los aspectos humanos más discutibles. En estos casos, lo habitual es que el héroe/heroína sea cuasi-perfecto/a, y los enemigos sean lo más repugnante posible. En el estudio que se ha realizado, algunos de estos arquetipos han dificultado la selección de personajes, por pretenderse evita este tipo

de reduccionismos morales. En modo alguno la pretensión era identificar consumo de drogas/conductas adictivas con buenas o malas personas, sino esclarecer los mecanismos por los cuales se transfieren dichas pautas de comportamiento para determinar los posibles patrones que permitan prevenir el paso desde la conducta en pantalla a la conducta problemática real. El objetivo tiene más que ver con definir qué se puede y qué no se puede hacer con categorizar dichos patrones como "los buenos" y "los malos". Para eso ya ha habido bastantes errores de comunicación y fracasos en campañas audiovisuales como para caer en esta equivocación.

Por la violencia. El análisis de las series recogidas pone de relieve la importancia de la violencia en una buena parte de las tramas, tanto por la mostración explícita de la violencia física como por el ejercicio de una violencia verbal o psicológica, lo que pone de relieve su inevitabilidad y su eficacia tanto para conseguir objetivos "malos" como objetivos "buenos". Junto a la omnipresencia de la violencia hay que señalar su banalización a través de la edulcoración humorística.

Por el relativismo. Como ocurre en general en la ficción televisiva, los personajes "buenos" son más unidimensionales que los "malos". Los malos (los que sacan peores notas, son más hedonistas y despreocupados, los más rebeldes etc.), además de ser más simpáticos, son más ricos en matices. El bueno tiende a ser bueno siempre y en todo lugar. Los malos pueden permitirse ser buenos en algunos aspectos de su vida y en algunas relaciones sin perder ese estatuto de malvados. No hay, pues, en las series tanto maniqueísmo cuanto relativismo moral. Ello explica por qué los personajes negativos, a medida que se humanizan, van consiguiendo progresivamente el favor del público". (Perales, 2010:88).

CONCLUSIONES: SOBRE EL IMPACTO SOCIAL, LOS PRODUCTOS DE CONSUMO Y LAS ADICCIONES COMO PROBLEMA SOCIOLÓGICO

"Guardemos el pesimismo para tiempos mejores" Eduardo Galeano

1. Sobre el Análisis

- Como he mencionado anteriormente, los profesionales consideran que son necesarios modelos de explicación dinámicos, no estáticos. Se tienen que definir modelos integrales y multifactoriales, se suele hablar de intervenciones en clave multifactorial con equipos multi o interdisciplinares y, en la práctica, las estrategias de abordaje son reduccionistas, ya sean médicas, psicológicas, sociológicas, educativas o judiciales.
- Si vamos a analizar problemas multifactoriales (como en este caso, Jóvenes + Abuso de sustancias), necesitamos un modelo teórico multifactorial. En las actuales circunstancias, tenemos que desenfocar del problema de las "drogodependencias en los jóvenes" hacia "el consumo de drogas + comportamiento conflictivos": los jóvenes utilizan el consumo de drogas como un detonante que hace explosionar una carga explosiva mucho más profunda, con malestar familiares y sociales. Este planteamiento ha sido propuesto por otros autores al considerar a los jóvenes abusadores de sustancias como "transgresores extremos" (Comas, 2012). Cada vez más, hablamos de un porcentaje minoritario de jóvenes que realizan un amplio cortejo de comportamientos disruptivos, agresivos y, en ocasiones, antisociales. El problema social está no solo en este grupo, sino que este grupo se presenta, en demasiadas ocasiones, como "los jóvenes y las drogas". Cada vez hay más jóvenes que no abusan de sustancias, cada vez este grupo reducido de jóvenes consume más tipos de sustancias y realiza cada vez comportamientos más peligrosos (ESTUDES 2013).

Los jóvenes tienen **mayor cultura**: de los lenguajes audiovisuales, de las técnicas y herramientas de realización y distribución digital y conocen el lenguaje de la nueva narrativa audiovisual. Este cambio de paradigma, aplicado a la comunicación en drogas, adquiere las siguientes especificidades:

- 1. Se trata de comunicación persuasiva.
- 2. Dirigida a jóvenes.
- 3. Sobre temas de salud.

Y ello, a su vez implica:

- 1. Los jóvenes son muy conscientes de los mecanismos de persuasión y, por consiguiente, muy resistentes al cambio, lo que hace que los modelos habituales resulten muy débiles en su objetivo.
- 2. La resistencia al cambio es todavía mayor al considerar que se trata de temas relacionados con la salud, percibida por ellos como su territorio y las campañas diseñadas por las autoridades, son consideradas como una injerencia en sus estilos de vida.
- 3. Por último, como vimos en epígrafes anteriores, el aprendizaje de programas que conduzcan a la acción, no pueden ser únicamente informativos, sino que deben arrastrar un componente participativo, el cual es, precisamente, el que encontramos en este nuevo paradigma al producirlo activamente la propia audiencia (Cuesta, 2010: 103).
- Los profesionales de la intervención temprana y la prevención han matizado algunos de los comentarios, sobre todo los resultantes del consumo como producto de mercado: el estilo de intervención se basa en las "sustancias tradicionales", el lenguaje es más cercano a los que un "adicto convencional" asimila, estos jóvenes con elementos culturales diferentes necesitan modelos de intervención diferentes, por nivel cultural, por acceso a TIC's, por sistemas familiares...
- También destacan el "consumo en atracón" en todos los sentidos, identificándolo con patrones habituales de comportamiento de los jóvenes, no tan solo con las conductas adictivas: el sexo, el juego, el deporte...va en "binge". Son "bingers" por habituación, no podemos confundirnos. El atracón de información y de consumo forma parte de su estilo de vida.

- Por el hedonismo. Las prácticas significativas en la trama tienen que ver casi siempre con el ocio, con las relaciones sentimentales y, sobre todo, con la sexualidad. De hecho, si analizáramos la evolución de estas series a lo largo del tiempo, sería evidente un deslizamiento de los planeamientos sentimentales a los más expresamente sexuales, que acaban presentándose a la luz de la necesidad y de la inevitabilidad. La visión "normalizadora" de las relaciones sexuales entre adolescentes obvia también las consecuencias que pueden derivarse de ellas: embarazos no deseados, enfermedades, etc.

Un elemento muy importante en la imagen de los adolescentes en las series es su asociación con el consumo y la moda. El consumo compulsivo, el rol de fashion victim, de muchos personajes, especialmente femeninos, se plantea de un modo divertido, casi nunca desde un punto de vista crítico o preocupante (como síntoma de un déficit del self). Puede suponer, en el mejor de los casos, un indicador de frivolidad, pero aun así, cuando los personajes son femeninos, ese indicador es al fin y al cabo normal. (Perales, 2010:88).

Sobre las evaluaciones, especialmente las clínicas, los profesionales señalan que los instrumentos que se utilizan habitualmente provienen de las epidemias de consumo de heroína y cocaína, no habiendo desde el año 2007 instrumentos nuevos de evaluación multifactorial. Por tanto, los fenómenos posteriores a 2007 no se ven reflejados en sus evaluaciones. En ese sentido, el actual momento les parece una manera de mostrar una realidad que hasta ahora se había mantenido fuera de sus posibilidades: la influencia de las TIC´s sobre las adicciones, en positivo y en negativo.

Respuestas complejas para preguntas difíciles. Factores sociales, culturales, económicos, personales... Los investigadores sociales tenemos que divagar menos y ofrecer más propuestas concretas. En realidad, no debería ser un compromiso de los investigadores sociales, sino de equipos multidisciplinares de estas y otras disciplinas trabajando de manera conjunta intentando entender el fenómeno "adicción" en esta década, sin utilizar esquemas ni dogmas de décadas pasadas.

2. Sobre los aspectos relevantes: prevención indicada e intervención temprana

- Conflictos en las aulas, discusiones en el ámbito familiar, fracaso escolar, absentismo laboral temprano, bajo control de impulsos, baja tolerancia a frustraciones, problemas económicos, déficits de atención... la combinación de estos factores necesita ser abordada desde estrategias globales en momentos iniciales para mejorar el pronóstico y la recuperación, así como para reducir costes económicos y humanos (argumento muy en boga actualmente). Que podamos escuchar la voz de los jóvenes y sus necesidades, sin miedos ni complejos. Escuchar para aprender de ellos por y para ellos. Y para todos nosotros, claro. Es un buen momento para plantear una metodología de acción participativa, donde todos los agentes implicados puedan exponer su opinión sobre el problema social y proponer alternativas y soluciones.
- Los jóvenes son más, son mucho más, que las sustancias que consumen para desconectar de las pocas oportunidades que les dejamos. Seamos justos y reconozcamos que los problemas de los Jóvenes son un reflejo perverso de las pocas soluciones que dejamos los adultos. Se supone que madurar significa estar en disposición de decidir pensando en alguien más que yo mismo. Eso habría que demostrarlo y decidir a largo plazo, pensando en las decisiones que tomamos los supuestamente maduros adultos y el grado de responsabilidad que asumimos. Es sencillo el utilizar la grandilocuencia sobre "el mundo que dejo a mis hijos". El que les dejo frente al que me gustaría dejarles. Se trata de ser consecuentes, e intentar aplicar aquello que sabemos que funciona, adecuándolo a las necesidades de los grupos actuales de destinatarios.

"Para diseñar un programa de estas características, se debe buscar que sea el propio grupo social:

- Que crea su propio discurso persuasivo.
- Que lo produzca y distribuya a sus grupos de iguales.
 - Mediante sus propios canales.
- Empleando sus lenguajes compartidos y

- Sus propios conceptos o mensajes.

¿Cuál es entonces la misión de las instituciones?

Impulsar activamente este proceso generando los marcos de referencia necesarios para ello, proporcionando:

- Las herramientas necesarias (de creación, distribución, soporte en la red, etc.)
- Incentivos acordes a los deseos de estos jóvenes, para aquellas redes sociales que participen en estos procesos.

Posiblemente las nuevas tecnologías y las nuevas capacidades psico-sociales del entorno proporcionarán nuevos retos y avances en las estrategias de la comunicación y la salud. Sin duda, la participación activa del propio receptor, en todos estos procesos, será uno de los caminos más interesantes y útiles a explorar y recorrer en este campo".

(Cuesta, 2010)

Lo explicaba suficientemente bien Ubaldo Cuesta en el año 2010. No parece necesario estar inventando la rueda continuamente en el diseño y la implementación de programas de prevención de adicciones, utilizando medios de comunicación y difusión actuales.

3. Sobre los sesgos

- Son necesarios más estudios sobre los medios visuales y los patrones de comportamiento, no solo adictivos. Lo obvio es hablar de compulsión, trastornos, enfermedades, alteraciones... Lo importante sería hablar de pautas correctas, educación de manejo audiovisual, control comportamental, racionalidad/emocionalidad de uso, identificación social con los personajes y sus riesgos... Un poquito de pedagogía audiovisual y social no nos vendría nada mal a la mayoría.
- Demonizar los personajes, las series o los patrones de comportamiento no sirven de nada. Al final, las vinculaciones que se han construido han sido sobre identidades sociales, estereotipos y actitudes. A veces, escuchar la opinión de los propios afectados resulta más útil e interesante que la de los gurús/diseñadores de políticas. En el caso de este estudio, la combinación de usuarios de programas+profesionales

de programas ofrece una perspectiva completamente diferente sobre el fenómeno social "adicciones". En realidad, ellos saben mucho más del problema que cualquiera de nosotros. Del problema hoy día, ojo. Del contexto social actual. Del de hace 10, 15, 20 años, ni saben, ni les importa.

MATERIALES Y MÉTODOS

Objetivos del estudio

Determinar si existen diferencias en las principales variables sociodemográficas, en el nivel de escolaridad y en el estatus laboral entre aquellos pacientes bipolares con o sin comorbilidad en adicciones.

Diseño del estudio

Se trata de un estudio observacional en el que empleamos: datos procedentes de los documentos administrativos recogidos por el servicio de admisiones del Hospital Doctor Rodríguez Lafora; y variables clínicas recogidas por el equipo de psiquiatras y psicólogos clínicos de dicho hospital.

Creamos una base de datos a partir de los códigos diagnósticos ICD 9 empleados en el momento del alta de aquellos pacientes con diagnóstico trastorno afectivo bipolar que fueron ingresados en su último episodio maníaco en la unidad de hospitalización breve durante el período comprendido entre enero del año 2000 y diciembre del año 2010.

Los pacientes incluidos en el estudio cumplen criterios diagnósticos ICD 9 para trastorno afectivo bipolar. Para ser clasificados como adictos, tienen que cumplir criterios ICD 9 un trastorno de abuso y/o dependencia para al menos una de las siguientes sustancias: alcohol, cannabis, cocaína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos y opiáceos.

• Elección del ultimo episodio maníaco

Escogimos el último episodio maníaco porque el trastorno bipolar es una entidad que en sus inicios se puede confundir con muchos otros diagnósticos psiquiátricos tales como la depresión monopolar, el trastorno de personalidad y la esquizofrenia durante los primeros años de evolución de la enfermedad, inclusive hasta los primeros 10 años lo cual retrasa el diagnóstico.

Muestra

Incluimos a todos aquellos pacientes con trastorno afectivo bipolar que ingresaron en su último episodio maníaco o episodio mixto en el período 2000-2010 en la unidad de hospitalización breve del Hospital Doctor Rodríguez Lafora, Madrid.

La selección de pacientes, la realizamos partiendo de una base inicial proporcionada por el departamento de gestión hospitalaria que incluía un total de 380 pacientes, siendo el criterio de inclusión el presentar un código diagnostico CIE 9 al alta 296 (episodio maníaco o mixto).

Criterios de exclusión

El único criterio de exclusión fue la ausencia de episodios maníacos en dicho período (códigos CIE-9 296.3).

Obtuvimos una muestra final de 225 pacientes bipolares, hombres y mujeres, todos ellos mayores de 18 años.

Variables seleccionadas

Las principales variables recogidas fueron: edad (expresada como la media y desviación típica), género (masculino, femenino), estatus civil (soltero, casado, viudo, separado, divorciado), la existencia de hijos y el número de hijos (media y desviación típica), tipo de convivencia (sólo, pareja, familiares, compañeros de piso, otros), nivel educativo (estudios primarios completos, estudios secundarios completos, estudios universitarios completos) y estatus laboral (activo, inactivo). Dichas variables fueron determinadas en el momento del ingreso del paciente.

Anotamos el tiempo de evolución de su TAB y la presencia o ausencia de un diagnóstico comórbido en adicciones durante el último episodio maníaco.

Análisis de los datos: método estadístico

Empleamos un análisis de frecuencias de las variables cualitativas y cuantitativas. Las variables cualitativas fueron expresadas como proporciones y las cuantitativas utilizando la media \pm la desviación estándar.

Para ver si existía relación entre variables cualitativas aplicamos el estadístico Chi cuadrado (comparaciones de 2 variables de 2 categorías). Para ver si existía relación entre 1 variable cualitativa y 1 cuantitativa aplicamos una comparación de medias mediante el test ANOVA.

Para el análisis estadístico utilizamos la versión 20.0 del programa SPSS.

Ética

La identificación de los datos de los pacientes incluidos fue confidencial durante todo el tiempo, de forma que les asignamos un código que fue empleado a lo largo de todo el estudio, diferente al código personal.

Este procedimiento está sujeto a la Ley 15/1999 de protección de datos personales del 13 de diciembre.

Los procedimientos del estudio respetan la Declaración Ética Internacional de Helsinki (Edinburgh, 2000), y las recomendaciones de la OMS y del Código Ético.

El protocolo del estudio fue autorizado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario de la Paz, en Madrid.

RESULTADOS

Incluimos un total de 225 pacientes diagnosticados de trastorno bipolar en el período 2000-2010. En las figuras 1 y 2 se reflejan los datos correspondientes a la prevalencia de comorbilidad en adicciones (abuso y/o dependencia) en el último episodio maníaco:

En las figuras 1, 2 y 3 se muestran que los pacientes bipolares adictos son: predominantemente varones, más jóvenes y predominantemente solteros, tienen menos hijos y son menos propensos a completar los estudios universitarios, respecto al grupo control, y aunque no

encontramos diferencias en el porcentaje de pacientes activos laboralmente, en ambos grupos sólo 1 de cada 3 pacientes permanecía activo previo al ingreso.

Detectamos una importante diferencia en la edad de ingreso, siendo significativamente menor en pacientes adictos versus a los no adictos (39.06 \pm 12.38 años versus 47.90 \pm 14.93 años, p < 0.001), y una tendencia a un menor tiempo de evolución de la enfermedad bipolar en el grupo dual (11.97 \pm 8.66 años de evolución del TAB versus 15.57 \pm 12.65 años, p < 0.073).

BIBLIOGRAFÍA

Cuesta, U (2010) Drogas, comunicación y nuevas tecnologías de la información. En Observatorio de Drogodependencias de Castilla La Mancha, nº 6, 93-105.

EMCDDA (2013) Informe europeo sobre drogas: Tendencias y novedades. Lisboa: EMCDDA/OEDT.

C. Fernández, J.C. Revilla y R. Domínguez (2010) Las emociones que suscita la violencia en televisión. En Comunicar, Revista Científica de Educomunicación nº 36: 95-103.

Gutiérrez Resa, A (2003) Sociología de valores en la novela contemporánea/ (La Generación X). Madrid: Fundación Santa María.

Hall, W., Carter, A., Forlini, C. (2015). The brain disease model of addiction; is it supported by the evidence and has it delivered on its promises. En Lancet Psychiatry, 2, 105-110.

Helguera, M (2014) Las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación. En revista Infonova 26: 59-71.

Iraurgi, I y Laespada, Mª T (2009) Reducción de daños: lo que nos ha enseñado la heroína. Deusto: Deusto publicaciones.

Isorna, M y Saavedra, D (2012) Prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas. Madrid: Ed. Pirámide.

Jaúregui, I (2014) "La adicción: un prejuicio". En revista Infonova 26: 9-26.

Martínez, M (2006) "La investigación cualitativa: síntesis conceptual". En Revista de Investigación en Psicología, Vol. 9, 1: 123 – 146.

Perales, A (2010) Imagen de los jóvenes españoles y su consumo de drogas en las series de ficción. En Observatorio de Drogodependencias de Castilla La Mancha, nº 6, 83-93.

PNSD (2013) Encuesta ESTUDES 2013. Madrid: PNSD.

PNSD (2014) "La gran paradoja ¿Por qué descienden los consumos de sustancias y aumenta la demanda asistencial por consumo de drogas?" En Revista Proyecto 85: 40-44.

Velasco, A (2012) Drogodependencias en el cine y la literatura. Valladolid: Universidad de Valladolid.

Observatorio Español sobre Drogas / Plan Nacional Sobre Drogas. 2014. "Presentación de la encuesta EDADES". Madrid, Plan Nacional sobre Drogas/MSSSI. Consulta del 20 de julio de 2014.

http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/home.htm

Revista Yorokobu, 31/01/2014. "Tu adicción a las series tiene explicación científica". Barcelona, Yorokobu. Consulta del 30 de enero de 2015.

http://www.yorokobu.es/tu-adiccion-a-las-series-tiene-explicacion-cientifica

Revista "Time", 17/01/2014. "5 reasons why tv top shows are so addictive".

Los Angeles, EUA. Consulta del 30 de enero de 2015.

http://healthland.time.com/2014/01/17/5-reasons-why-tvs-top-shows-are-so-addictive



LA IMPORTANCIA DE LA FAMILIA DE LA PERSONA DROGODEPENDIENTE EN LOS PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

THE IMPORTANCE OF DRUG'S ADDICT FAMILY IN THE HARM REDUCTION PROGRAMMES

RESUMEN

La familia se encuentra ante situaciones que pueden afectar su bienestar y el equilibrio psicosocial de sus miembros. Tener una persona drogodependiente es una de ellas.

¿Qué pasa en la familia de origen de la persona drogodependiente? ¿Cómo son estos padres? ¿Por qué es tan importante tener en cuenta a la familia?

La intervención familiar es una pieza clave para el trabajo terapéutico con personas consumidoras usuarias de los Programas de Reducción de Daños, aunque comporta más dificultades. Pese a todo es importante mantener el contacto con la familia durante el tiempo que la persona drogodependiente esté en nuestro servicio.

PALABRAS CLAVE

Familia, drogas, programas de reducción de daños, intervención, contacto.

ABSTRACT

The family is faced with situations that may affect their welfare and the psychosocial stability of its members. Having a drug addict person is one of them.

What happens in the family home of a drug user? How are these parents? Why is it so important to consider the family?.

Family intervention is a very important key in the therapeutic work with drug users who are beneficiaries of Harm Reduction Programmes, although it behaves more difficulties. Nevertheless it is important to maintain contact with the family during the time that a drug user is in our service.

KEYWORDS

Eva Gutiérrez Hernanz

Licenciada en Psicología, especialidad de Psicología Clínica, por la Universidad Complutense de Madrid Family, drugs, harm reduction programmes, intervention, contact.

"El objetivo de fondo de la toxicomanía, es la construcción de una barrera contra el sufrimiento"

(Rado, 1926)

Las familias se encuentran ante situaciones diversas y de calado suficiente para afectar su bienestar y el equilibrio psicosocial de sus miembros. Tener una persona drogodependiente puede ser una de ellas. Ante esta crisis o problema, no es de extrañar que la familia se encuentre perdida, debido a la falta de experiencia personal o de conocimientos que orienten en la toma de decisiones y al actuar.

Cabe preguntarnos: ¿Qué pasa en la familia de origen de la persona drogodependiente? ¿Cómo son los padres de la persona drogodependiente? ¿Por qué es tan importante tener en cuenta a la familia de la persona drogodependiente? ¿Cómo pueden reaccionar los padres ante el consumo de drogas de un hijo?

La intervención familiar es una pieza clave para el trabajo terapéutico con personas drogodependientes, y contra lo que pueda pensarse, también lo es para aquellas personas consumidoras usuarias de los Programas de Reducción de Daños (PRD en adelante). Eso sí, comporta más dificultades.

UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA

El acercamiento a la familia de la persona drogodependiente debe partir del conocimiento de los modelos teóricos y las referencias en las que se fundamenta la intervención familiar y la comprensión de su situación. Son múltiples las teorías y modelos explicativos, pero en este texto se rescatan algunos como referencia fundamental, junto a determinadas estrategias para el desarrollo de la intervención posterior.

El modelo sistémico o relacional se conforma a partir de la Teoría General de Sistemas (Bertalanffy, 1982) y la Teoría de la Comunicación Humana (Watzlawick, 1983). Este modelo considera a los individuos como elementos de un sistema, en interacción constante con el resto de elementos, de modo que, individuos y relaciones, configuran el propio sistema, y sus características no dependen solo de sí mismos, sino de la relación con los demás miembros del sistema.

La intervención profesional trata de influir en la organización familiar, para crear un ambiente que posibilite el desarrollo integral de los individuos que son objeto de la intervención. Se trata de potenciar la unidad familiar para que ésta cumpla sus funciones de la mejor manera posible (Minuchin, 1982).

Para entender mejor esta concepción de la familia como institución cultural, describimos varias aportaciones de la teoría sistémica al concepto de familia:

- La familia es un sistema, en el sentido de estar compuesta por elementos en interacción y con una organización tal que un cambio en el estado de un elemento se sigue de cambios en los demás (Colletti, 1987).
- La familia es un sistema abierto, en el sentido de que las interacciones entre sus elementos y el tipo de organización que mantiene no está aislada, sino en interacción con otros sistemas de su entorno inmediato y con el sistema sociocultural más amplio.
- El sistema familiar tiene un elemento fundacional, valores propios de la familia, y otro normativo, el establecimiento de límites que regulan la conducta y diferencian los roles.
- La familia posee una estructura jerárquica que garantiza el funcionamiento del sistema: subsistema conyugal, subsistema parental y subsistema fraterno-filial.
- Las relaciones que se establecen entre subsistemas se caracterizan por los límites entre ellos, éstos pueden ser claros, rígidos y difusos.
- El funcionamiento del sistema depende del ciclo vital y su capacidad de adaptación a los cambios.

Una de las implicaciones más interesantes en la relación de ayuda desde el modelo sistémico, es la necesidad de capacitar a las familias. Persigue el objetivo del desarrollo y la autonomía de sus miembros. Hemos ayudado eficazmente cuando

los sujetos son recursos activos para sí mismos y su comunidad.

El modelo de desarrollo de competencias se fundamenta en el concepto de competencia como las potencialidades y/o capacidades con las que cuentan las personas. Se definen como "las capacidades con que una persona cuenta para..."; y hacen referencia a: hábitos y habilidades, actitudes, expectativas, solución de problemas y toma de decisiones.

Una meta de la relación de ayuda son los recursos y oportunidades, así como su potenciación y redistribución. Por recursos entendemos desde las habilidades, actitudes y destrezas personales, hasta los apoyos familiares, sociales y económicos.

Las personas crecemos y nos desarrollamos en la medida en que disponemos de recursos personales y sociales para satisfacer las necesidades y para afrontar las dificultades y obstáculos que surgen en nuestro ciclo vital. Cuando no disponemos de ellos, surgen los problemas de socialización y desarrollo.

Este modelo persigue dos objetivos básicos:

- Potenciar los recursos, habilidades personales y estrategias de afrontamiento en la familia.
- Potenciar los recursos comunitarios: institucionales, organizacionales y de apoyo social natural y profesional para que sean competentes a la hora de amortiguar el impacto de las situaciones críticas y factores de riesgo, promover el crecimiento y desarrollo de la población, así como su inserción o reinserción positiva.

La **orientación familiar** parte de la premisa de que toda persona tiene un potencial que puede desarrollar si se dan las condiciones adecuadas. Las claves que definen esta metodología son:

- Singularidad. Como necesidad de adecuarse al máximo a las peculiaridades de cada persona y de la relación con ella.
- Respeto de los tiempos y los procesos. La relación debe reflejar un respeto constante a las decisiones individuales, aunque no coincidan con la línea de intervención marcada.

- Flexibilidad. Dadas las dificultades a las que se enfrentan las personas drogodependientes y sus familias, el acompañamiento social que se realice debe partir del ofrecimiento de una relación profesional de ayuda que adapte en todo momento las intervenciones, los espacios, los recursos técnicos y los tiempos a la situación individual de cada familia.
- Globalidad. Supone recoger y reconocer la complejidad y la interrelación de múltiples factores que concurren en la problemática y en su solución. La intervención parte del reconocimiento de esta complejidad, a través de un análisis e intervención global centrada en las personas y no en sus problemáticas.

El concepto de "malos padres" acuñado por Cirillo (2012), trata de comprender, desde un punto de vista sistémico relacional e individual, qué pasa con las personas drogodependientes, en cuanto padres o madres, y no tanto como hijos. El modelo trabaja con tres generaciones: la familia de origen de la persona drogodependiente, la de la persona drogodependiente y/o su pareja (sea drogodependiente o no) y la de sus hijos.

El mapa que proporciona el autor, hace referencia a las personas drogodependientes como padres inadecuados, maltratadores o negligentes, entendiendo que un padre-madre que actúa de ese modo es siempre un niño incompleto y un cónyuge insatisfecho.

El autor lo expone como **modelo relacionalindividual**. La persona afectada por un síntoma es el padre drogodependiente, no el hijo. Por este motivo el profesional tiene que encontrarse con "el deseo terapéutico de tratar al niño insatisfecho escondido en el interior de los malos padres".

Las personas drogodependientes que consumen como solución autoterapéutica no solo no piden ayuda para sí mismos, sino que no pueden hacerlo para sus hijos, a quienes arrastran a sus dramáticas vicisitudes, aunque los amen y no pretendan causarles daño. Están tan "atrapados" por las experiencias vividas en su propia infancia, que son literalmente incapaces de mirar hacia sus propios hijos, porque siguen mirando hacia el pasado.

Las estructuras rotas de estas familias que no tienen roles bien definidos, la falta de normas, los conflictos entre padres, la insatisfacción personal y familiar, las adicciones, problemas psiquiátricos de un progenitor o ambos, las desigualdades sociales y culturales o experiencias violentas sufridas por estos padres en su infancia, son otros factores que predisponen o condicionan problemáticas que se asocian con conductas negligentes, abusivas o violentas.

Es indispensable responder a esta pregunta: ¿el hijo de una persona drogodependiente sufrió o no un daño que pudiera haber sido provocado por el problema de sus padres? Presuponer que un niño esté mal con sus padres, simplemente, por el hecho de ser drogodependientes es perjudicial. Se debe al estereotipo "drogodependiente = padre inadecuado".

Sin caer en justificar la conducta del padre drogodependiente negligente y descuidado, se lo haremos comprensible. Le pondremos en contacto con su propio sufrimiento de niño, para que pueda empatizar con el que ahora inflige a sus propios hijos. Solo así podrá interrumpirse la cadena de la repetición intergeneracional.

Entre los factores psicoafectivos y relacionales, otro factor que subyace a la génesis de la drogode-pendencia es cierta insatisfacción conyugal. Pero las vivencias de carencia, la depresión, los trastornos de la personalidad, los problemas psicóticos, que buscan en la droga un alivio y una compensación, se originaron antes de formarse la pareja. Lo que sucede es que la relación de pareja agravó estos problemas, en vez de resolverlos.

La **psicoterapia breve** es un modelo sistémico muy efectivo para la resolución de problemas, por eso es una buena herramienta al intervenir con la familia de la persona drogodependiente. Este formato terapéutico fue creado y desarrollado por Weakland, Fisch y Watzlawick.

Propone intervenciones que tengan como objetivo la resolución de problemas y la tendencia a extinguir la sintomatología de la persona. Además, posiciona a la persona o la familia en otra perspectiva o modo de percibir y comprender la realidad. Es un enfoque muy cercano a la

perspectiva de los PRD, orientado también a la resolución de los problemas vigentes, más que a la búsqueda de los antecedentes y las causas originales.

Esta reestructuración de la mirada, permite construir una nueva realidad, y todo lo que de ésta deriva: desatascar el bloqueo del proceso de crecimiento, reducir angustia y ansiedad, modificar conductas rígidas, mejorar relaciones familiares/interpersonales y la calidad de vida. Cuando la situación es observada desde otra óptica, adquiere un significado distinto.

Partiendo de esta premisa, el terapeuta en vez de estudiar el pasado de la familia centra su interés y valoración en:

- Qué sucede en las interacciones que la personafamilia establece consigo mismo, con los demás y con el mundo.
- Cómo funciona el problema en el sistema relacional.
- Cómo ha intentado la familia, hasta entonces, resolver el problema.
- Cómo es posible cambiar esta situación de la manera más rápida y eficaz.

Las dificultades son parte de la experiencia humana, sobrellevadas y superadas por habilidades personales, conocimiento, consejos externos, etc. Pero cuando bloquean la posibilidad de crecer, no pueden ser resueltas y desencadenan tentativas inoperantes, se convierten en un problema.

CONOCIENDO MEJOR A LA FAMILIA DE ORIGEN DE LA PERSONA DROGODEPENDIENTE

La reacción de los padres al saber que su hijo usa drogas es variada: la mayor parte parece no haber visto —o fingido no ver- el consumo, bloqueando la comunicación en vez de activarla, hasta que explota la evidencia y se ven obligados a actuar. Otros reaccionan pegándose al hijo, infantilizándole; o al contrario, lo castigan y abandonan e interrumpen el control paterno.

Un factor sociológico que, actualmente, es un ingrediente básico en la drogodependencia tiene que ver con el aplazamiento de la independencia de los hijos (trabajo, prolongación de los estudios, dificultades económicas, etc.), pero también por la dificultad que tienen algunos padres para renunciar a su rol de protectores de los hijos. Esto contribuye a hacer indefinida la adolescencia. Al prolongarse el periodo de dependencia de los padres, se facilita que el hijo quede enredado en las vicisitudes paternas, retrasando su emancipación, la autorresponsabilización y la desvinculación. En una situación como esta, si el joven sufre, puede concebir el consumo como un atajo hacia la edad adulta.

Cualquier familia puede tener un miembro drogodependiente, la heterogeneidad de estas familias es la norma, aunque la evidencia clínica pone de manifiesto algunas de las características más habituales en la familia del drogodependiente. Son estas:

- Desestructurada.
- Cuidadora/protectora. Casi infantilizante. Situación más protagonizada por las madres, que se atascan en una edad más temprana de la crianza.
- Desapegada.
- La expresión del conflicto responde a un estilo más primitivo y directo, menos basado en el diálogo, la comprensión mutua y la negociación.
- Evita la diferenciación de sus miembros. El modelo sistémico lo explica a través del ciclo homeostático, como circuito de ida y vuelta, donde



si la persona drogodependiente inicia cambios o tiene éxitos (reduce el consumo o empieza a cuidar su salud) que puedan conducir hacia la independencia, surgen fuerzas en el seno de la familia, que dicen que no puede irse, porque pueden pasar cosas horribles en la familia. Es decir, se produce un movimiento repetitivo de irse y volver, de mejora y empeoramiento en la persona drogodependiente.

Ante esta situación, la droga proporciona un espacio diferente, al margen y fuera de la familia. La diferenciación e individuación real supondría salir de la familia, hacia otros grupos, lugares o espacios, y esto es lo que la familia no podría tolerar, y ante lo que se moviliza, para que vuelva a consumir y, así, restablecerse el equilibrio familiar (por muy patológico y disfuncional que sea). Este circuito permanente evita que surjan todos los conflictos que la familia esconde.

Suele haber un conflicto enorme en la relación de pareja de los padres de la persona drogodependiente, pero se da una imagen de falsa armonía. La mejor forma de conseguirlo es centrarse en el consumo del hijo, como preocupación absoluta, y les permite tener un objetivo común, al margen de la pareja.

Este patrón es tan frecuente que resulta evidente que no solo la persona drogodependiente teme separarse de la familia, sino que la familia se siente igual respecto a él. Es un proceso interdependiente, donde el fracaso terapéutico y el consumo actúan como función protectora para mantener la cercanía familiar.

La madre tiene que responder al mandato de género de responsabilizarse de la crianza de los hijos; y el padre al de poner orden en la familia. Pero para ambos, desde su lugar, tener un hijo drogodependiente puede significar haber fracasado.

Generalmente, las madres con hijos drogodependientes, relegan sus intereses y motivaciones y se posicionan en el lugar del hijo, viviendo casi en primera persona su problemática. De cara a la intervención, el objetivo terapéutico será ayudarlas a pensar y vivenciar desde ellas mismas, y no desde el lugar de su hijo drogodependiente. Entre otras cosas, porque no está en su mano tomar decisiones respecto al consumo de su hijo y no está en disposición de devolver la responsabilidad de sus actuaciones al mismo.

Cuando la persona drogodependiente es la hija, la madre suele vivir el consumo como una transgresión que afecta al rol asignado, en lo relativo a la educación, crianza y continuidad de la familia, ya que ambas –madre e hija- suelen compartir la misión de estabilizar las relaciones intrafamiliares. También está presente la vivencia de haber fracasado como madre.

En cambio, el padre suele definirse como "periférico", aunque cabe determinar si esta actitud es resultado de su decisión individual, un desajuste del padre o entenderse como consecuencia del rol asignado. Esta actitud de alejamiento o desconocimiento del problema, puede estar relacionada con la necesidad de eludir el reproche social por no ser capaz de estar a la altura de lo que se espera de él.

¿QUÉ SUPONE TENER UNA PERSONA DROGODEPENDIENTE EN LA FAMILIA?

La convivencia, el cuidado y la atención de un familiar drogodependiente están cargados de vaivenes, desavenencias, malos ratos y experiencias desagradables. La carga emocional que supone para la familia se traduce en nerviosismo, preocupación, cansancio, irritabilidad, temores, dudas, impotencia o culpa.

Toda una serie de emociones y sentimientos negativos que llegan a desbordar y generar lo que se conoce como estrés emocional crónico, que se manifiesta a través de sintomatología física, relacional y psicológica diversa.

A pesar de esto, la familia que sufre tiene la vivencia de que lo que hace no es suficiente, que tiene que esforzarse más, consiguiendo únicamente aumentar su malestar. O la reacción contraria, enfado y distanciamiento afectivo de la persona drogodependiente.

Algunas familias tienen un miedo reverencial a la información sobre drogas. Como si disponer de determinados conocimientos fuera a aumentar su consumo. Algo similar a lo que, en otros tiempos, se pensó de la educación sexual. La realidad es otra. La información y el conocimiento son el recurso necesario, aunque no suficiente, para tomar decisiones acertadas, informadas, libres y autónomas. Los riesgos provienen de la ignorancia, no del saber.

Esto es algo muy común, también para las familias que ya tienen un miembro drogodependiente. Incluso cuando es una realidad palpable, cuando ya hay un deterioro evidente y cuando los problemas relacionados con el consumo del hijo se suman uno tras otro, muchas familias prefieren seguir ignorando la realidad de la drogodependencia.

El miedo y la preocupación desmedida, la frustración acumulada tras largos años de consumo y el no saber qué hacer, suelen ser las explicaciones más frecuentes que suelen referir los padres para no querer saber.

LA INTERVENCIÓN CON LA FAMILIA EN LOS PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

¿Qué hacemos cuando llega la familia al PRD? Hay que decir que esto no es lo habitual. Más bien, serán los profesionales los que vayan en busca de la familia. Principalmente porque el vínculo entre la persona drogodependiente y sus familiares está muy deteriorado, roto y/o la relación con la misma es escasa o inexistente.

Si la iniciativa de contactar con la familia surge desde el PRD, es fundamental que el usuario esté informado previamente, y contemos con su aprobación. Muchas veces será difícil, entre otras cosas, porque no se ven hace años, muy esporádicamente o incluso vivan en otra ciudad.

Lo ideal es que la relación que se tenga con la familia cara a cara, pero también pueden ser a través de contactos telefónicos de frecuencia variable.

Cuando se trata de una familia o familiar de alguna persona que está en el programa el procedimiento de la intervención es, básicamente, el mismo que con el resto de usuarios, aunque presenta alguna peculiaridad.

Al igual que hacemos con los usuarios, es importante no juzgar a la familia, sin caer en el paternalismo y la pena que lleva a justificar sus actuaciones. Se trata de mantener un equilibrio respetuoso, y de crear un espacio donde se sientan acogidos, escuchados y comprendidos.

En la acogida, es muy importante tener en cuenta que, generalmente, el establecimiento del primer contacto entre la familia y el recurso está caracterizado por elevados niveles de angustia: hace tiempo que no saben nada de él o ella y los últimos encuentros estuvieron cargados de conflictividad y tensión. Hay que tener en cuenta que la familia de las personas usuarias de los PRD llevan, generalmente, mucho tiempo viviendo con la drogodependencia de su hijo. Lo han intentado prácticamente todo, pero nada ha funcionado.

En estos primeros momentos, no es tan urgente recabar la información, la clave es permitir que fluya sin presiones y se recogerá de forma progresiva. Es más importante conseguir que los niveles de angustia bajen ya que, de otro modo, el trabajo posterior será realmente complicado. Por eso, tenemos que entender la evaluación y la intervención como un continuo, que debe adaptarse a las circunstancias familiares y respetar sus tiempos, ritmos y espacios.

Como se ha dicho, lo primero es acoger, calmar, reforzar y empezar a establecer un vínculo con la familia. Son requisitos para el trabajo posterior. Por esto, se deben priorizar aspectos básicos de escucha activa y de contención emocional, con una breve recogida de información (en muchas ocasiones de manera implícita) que permita hacer una valoración inicial de la demanda que puedan traer.

Poco a poco saldrá a la luz la demanda, ya sea en el primer encuentro o más adelante. Nos interesa recoger la demanda y conocer la situación actual. Para ello nos fijaremos en los siguientes aspectos:

- ¿Qué esperan de nuestro recurso? ¿Qué necesitan? Razones por las que vienen.
- Valoración de los estereotipos en relación a la drogodependencia y a las personas consumidoras.

- Conocer qué percepción tienen del consumo del hijo y cómo afecta a sus vidas.
- Identificar las carencias básicas y los apoyos disponibles.

La valoración de las necesidades de la familia va seguida de la búsqueda de recursos adecuados para dar cobertura a las mismas (psicológicas, sociales, judiciales o económicas). Asimismo, se valora la relación familiar con el contexto comunitario más próximo (tipo de vivienda, barrio, vecindad, recursos socioeducativos, sanitarios, comerciales, relaciones sociales, nivel sociocultural...) y se ofrecen alternativas viables.

Más adelante seguiremos avanzando en la valoración, ya que es el pilar que apuntala la intervención posterior. Nos interesan los siguientes datos:

- Explorar el sentido que ha tenido el consumo en el contexto y en la historia familiar.
- Recabar datos sobre la historia de los padres y también su percepción sobre la historia de su hijo.
- Es importante conocer cómo es y como ha sido la relación del hijo drogodependiente con cada progenitor. Así como el papel que desempeña el hijo en la relación de los padres.
- Conocer cómo son los modelos y roles de hombre y mujer en la familia.
- Conocer las normas familiares, las actuales y las de la infancia, adolescencia o juventud.
- Conocer los hábitos de consumo de alcohol u otras sustancias por parte de los padres y demás hermanos.
- Saber si existen mitos o secretos familiares.
- Primera salida y sucesivas de la casa de los padres, motivos que las ocasionaron y diferencias al respecto con los demás hermanos.
- Saber qué hicieron los padres cuando se enteraron del consumo.

Ya se ha mencionado que se debe entender evaluación e intervención como un continuo y, aunque es necesario que gire en torno a las demandas familiares, además se contemplarán otros aspectos en el proceso de la intervención:

- Buscar apoyos -tanto para la familia como para la persona drogodependiente- que frenen el camino hacia el aislamiento y la exclusión social. Si se favorece la implicación de la familia en la situación y proceso del hijo, su pronóstico y evolución serán más positivos.
- Identificar y actuar sobre las pautas relacionales que provocaron la salida de la persona drogodependiente de la familia, porque suelen ser las que conducen al aislamiento, marginalidad y exclusión de la persona drogodependiente.
- Facilitar la comunicación familiar y motivar la relación de ayuda, creando espacios para el diálogo.
- Buscar los puntos fuertes y recursos familiares, fijándose más en lo positivo. Son la clave para desactivar los estereotipos en torno a la persona drogodependiente y su irrecuperabilidad. Hay que dejar espacio para trabajar en torno a las normas, al tiempo que es fundamental que los padres hagan un frente común, devolviendo la responsabilidad al hijo.

A MODO DE CONCLUSIÓN

La premisa de partida es que la vía para evitar el fracaso es trabajar con la familia. Se puede pensar que el papel de la familia no es tan relevante en un PRD, pero yo no creo que sea así. La familia se convierte así en uno de los pilares de la intervención, por lo que contar con ella, tenerla a nuestro lado y de nuestra parte coloca a los profesionales en una situación ventajosa.

La filosofía del PRD de no juzgar ni justificar al usuario, se hace extensible a la familia. Se trata de crear un espacio donde se sientan acogidos, escuchados y comprendidos.

La tarea más difícil a la que nos enfrentaremos con la familia es conseguir que crean en las posibilidades de cambio, así como en los logros alcanzados, por pequeños que sean, ya que constituyen avances y una mejora en la calidad de vida de su hijo. En este aspecto, las familias, tienen mucho que aportar.

Si la persona drogodependiente está intentando hacer cambios, hay que dar más importancia a evitar las situaciones de riesgo y protegerse de ellas, que a dejar de consumir. No se debe etiquetar a la persona drogodependiente como irrecuperable o un caso perdido, porque es difícil que una persona no pueda mejorar en algún aspecto su salud y su calidad de vida. Asimismo, puede ser el inicio de un camino hacia la futura abstinencia. Reconocer los cambios positivos que alcanza, aun pequeños, es más útil que recordar lo que queda por andar.

Por todo, es importante mantener el contacto con la familia durante el tiempo que la persona drogodependiente esté en contacto con nuestro servicio. Podemos favorecer encuentros familiares, realizar tareas de mediación, pero también reservando espacios para vernos a solas con la familia, al igual que con el usuario.

En todo caso, el objetivo terapéutico y la intervención con la familia irán en la dirección de conseguir "dejar de ser una familia drogodependiente y convertirse en una familia con un miembro drogodependiente". Aunque parezcan la misma cosa, son bien diferentes. La familia drogodependiente es aquella en la que todo gira en torno al consumo y a la persona drogodependiente. Y la familia con un miembro drogodependiente es aquella que actúa y se comporta de tal forma que evita que la adicción se convierta en el centro de su existencia, de manera que los padres puedan atender al resto de la familia y a ellos mismos.

BIBLIOGRAFÍA

Becoña, E. (1999). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Plan Nacional sobre Drogas.

Calafat A. y Amengual M. (1999). Actuar es posible. Educación sobre el alcohol. Ministerio del Interior: Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre Drogas.

Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G. & Mazza, R. (1999). La familia del toxicodependiente. Barcelona: Paidós. Terapia Familiar.

Cirillo, S. (2012). Malos padres. Modelos de intervención para recuperar la capacidad de ser padre y madre. Barcelona: Editorial Gedisa, Colección Terapia Familiar.

Comas D. (1992). Las drogas, guía para mediadores sociales. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

Consejería de Familia y Asuntos Sociales (2004). La familia ante momentos difíciles. Madrid: Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid.

Gutiérrez, E. et. al. (2003). Guía de orientación y apoyo a familiares de afectados por el VIH/sida. Concejalía de Salud, Familia, Servicios Sociales y Consumo del Ayuntamiento de Alcalá de Henares (Madrid).

Gutiérrez, E. (2003). Mujer, VIH/sida y otros problemas asociados. Gideas, 35, 6-8.

Instituto de Adicciones "Madrid Salud" (2005). Mujer y adicción. Madrid: Instituto de Adicciones.

Melero, J.C. & Pérez de Arróspide, J. A. (2001). Drogas: + Información – Riesgos. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Montino, C., Portillo, L. (1997). Guía para madres y padres (2ª Ed.). Madrid: CREFAT.

Rodríguez, A. (2013). Teoría y práctica de la intervención psicosocial con familias multiproblemáticas. (Tesis Doctoral). Madrid: Escuela Universitaria de Trabajo Social. Universidad Complutense de Madrid.

Salvador T. y Martínez I.M. Marcos teóricos y su desarrollo en el ámbito preventivo. CEPS. Madrid.

Stimson G.V. (1995). En O´Hare et al. La reducción de los daños relacionados con las drogas. Barcelona: Grup Igia.

Svenson G.R. et al. (1998). Directrices europeas para la educación entre iguales sobre el sida a jóvenes. European Comission.

Trautmann F. y Barendregt C. (1994). Manual europeo de apoyo entre usuarios de drogas por vía intravenosa. Utrecht: NIAD.

Varios Autores, (2002). Libro de Ponencias de la 2ª Conferencia de Consenso sobre la Reducción de Daños y Riesgos relacionados con el Uso de Drogas. Bilbao.

Velasco, S. (2002). La prevención de la transmisión heterosexual del VIH/sida en las mujeres (2ª Ed.). Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.



PERSONAS SIN HOGAR Y MODELO DE DESARROLLO POSITIVO. UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

HOMELESS PEOPLE AND THE MODEL OF POSITIVE DEVELOPMENT. A PROPOSOL FOR INTERVENTION

RESUMEN

El Modelo de Desarrollo Positivo es una propuesta de intervención para la rehabilitación de personas que se encuentran en situación de exclusión social. Las complejas situaciones de exclusion que padecen las personas sin hogar, precisan de intervenciones integrales que no aborden unicamente el síntoma de la situación.

ABSTRACT

The Model of Positive Development, is a proposol for intervention focused on the rehabilitation of people who ar living situations of social exclusion. The complex circunstances of exclusión lived by homeless people need complete interventions of the different situation.

PALABRAS CLAVE

Exclusión social, personas sin hogar, desarrollo positivo, adicciones.

KEYWORDS

Social exclusión, homeless people, positive development, adictions.

INTRODUCCIÓN

Las personas sin hogar se han convertido en un problema social propio de las ciudades desarrolladas. En España hay aproximadamente 22.938 personas que durante el año 2012 han hecho uso de centros asistenciales de alojamiento (INE, 2012).

Este artículo se centra en las personas sin techo, según la nomenclatura de Feantsa 2007, sin embargo hemos optado por la denominación de personas sin hogar (PSH) para referirnos a las situaciones de exclusión social que no sólo engloba la carencia de techo como único problema, sino que está asociado a la carencia de vínculos sociales y de habilidades personales que hacen que las personas se mantengan al margen de la sociedad. La exclusión social es el resultado de un proceso

Dra. Joana Calero Plaza

Directora del Máster en Educación y Rehabilitación en Conductas Adictivas de la Universidad Católica de Valencia

Zaray Cabrera Gómez

Diplomada en Trabajo Social y Educación Social

Máster en Educación y Rehabilitación en Conductas Adictivas de la UCV vital que lleva a determinadas personas y colectivos a verse excluidos de la participación social (Cabrera, 2000). Este proceso es el resultado de itinerarios que llevan a las personas desde una situación más o menos integrada a zonas de vulnerabilidad social y más tarde a zonas de exclusión.

Por ello, para revertir el proceso y superar estas situaciones de exclusión a través de los procesos de rehabilitación e inclusión social, se precisan de intervenciones integrales y estructuradas que no aborden tan sólo el síntoma de la situación (como puede ser la falta de vivienda o de recursos, la presencia de una enfermedad mental o adicción) si no a la persona en su conjunto, teniendo en cuenta la acumulación de dificultades y carencias que se suceden a lo largo de su historia vital y que dan como resultado esta situación.

Por ello, se propone el Modelo de Desarrollo Positivo de las 5ces (Oliva, Hernando, Parra, Pertegal et al. 2008) como una respuesta a las necesidades específicas y dificultades para la inclusión y participación social de estas personas, a través del desarrollo positivo de sus capacidades y habilidades, encuadrándolo dentro del Modelo Biopsicosocial.

PERSONAS SIN HOGAR EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL

Los procesos de exclusión social son multidimensionales y afectan a un perfil de personas que son especialmente vulnerables y cuyos itinerarios vitales son el resultado del encadenamiento sucesivo de situaciones problemáticas, fracasos, frustraciones y pérdidas de derechos a lo largo de un periodo temporal que les ha introducido en un círculo de vulnerabilidad, por el que acaban viviendo en la calle, albergues o centros de acogida (Sánchez Morales, 2010).

En este sentido, la exclusión social es el destino común de situaciones con distintos orígenes que se entrelazan y complementan conduciendo finalmente a la pérdida de vínculos y relaciones sociales cercanas. Entre los factores que influyen se encuentran los socio-estructurales (entre los que se encuentran factores políticos, económicos y sociales) y factores individuales, culturales, familiares o relacionales (Martin Caño, 2011).

Existen estudios recientes (Pandero Herrero y Muñoz López, 2014) que han determinado los factores de riesgo para la cronicidad de la situación de las personas sin hogar. Entre estos se encuentra el consumo de sustancias desde la infancia, largos periodos de estancias en prisión, mayor número de enfermedades físicas graves, discapacidades y trastornos mentales.

Concretamente, los factores de riesgo en la estructura y dinámica familiar están muy presentes. Analizando los datos del INE, 2013, el 36,3% de las personas que se encuentran en situación de exclusión social, han vivido situaciones de peleas o conflictos graves entre sus padres o de violencia en la familia, el 23,6% han sufrido la enfermedad grave de alguno de sus padres, el 41,5% han sufrido carencia de recursos económicos y/o fallecimiento de algún miembro de la unidad familiar, 41,6%.

Así mismo, la enfermedad mental es un factor que forma parte de los modelos explicativos de la aparición y mantenimiento de las situaciones de exclusión social. Según un estudio (Fazel, Khosla, Doll y Geddes, 2008) sobre las enfermedades mentales de las personas sin hogar en distintos países occidentales, los trastornos más frecuentes en este colectivo son: dependencia al consumo de alcohol (37,9%), dependencia a otras sustancias psicoacticas (24,4%), trastornos psicóticos (12,7%), depresión mayor (11,4%) y los trastornos de la personalidad (23,1%).

Así mismo, el 53 % de las personas sin hogar mantienen o han mantenido algún tipo de adicción a lo largo de su vida (Fajardo, 2011). Siguiendo el estudio realizado por Fajardo en 2011 sobre la presencia de adicciones en personas sin hogar, entre las sustancias adictivas más consumidas se encuentran las siguientes: alcohol (43,48%), heroína (13,04%), ludopatía (13,04%), mezcla de heroína y cocaína (8,70%), cocaína (4,35%).

MODELO DE DESARROLLO POSITIVO

El modelo de desarrollo positivo considera que determinadas conductas y comportamientos son consecuencia de las interacciones entre la persona, con sus características biológicas y psicológicas, la familia y el entorno social y cultural en el que está inmerso, por lo que trata de promover

conductas positivas en lugar de centrarse en las

Tabla 1: Adaptación del modelo 5ces a nuestro contexto cultural		
(Oliva, Hernando, Parra, Pertegal et al. 2008)		
Área social; competencias y habilidades sociales	Asertividad Habilidades relacionales Habilidades para la resolución de conflictos interpersonales Habilidades comunicativas	
Área de desarrollo personal; competencias personales	Autoestima Autoconcepto Autoeficacia y vinculación Autocontrol Autonomía personal Sentido de pertenencia Iniciativa personal	

carencias, déficits y conductas problemáticas a resolver (Oliva, Hernando, Parra Pertegal et al. 2008).

Entre todos los modelos o metodologías propuestas destaca por su carácter integrador el modelo de las 5ces. El modelo generado ha permitido agrupar las habilidades y competencias en cinco áreas, de la siguiente forma (Oliva, Hernando, Parra, Pertegal et al. 2008):

Área cognitiva; competencias cognitivas Capacidad de análisis crítico Capacidad de pensamiento analítico	
Capacidad de	
'	
Creatividad	
Capacidad de planificación y revisión	n
Capacidad para tomar decisiones	
Área emo- Empatía	
cional; com- petencias emocionales Reconocimiento y manejo de las emociones de los demás)
Conocimiento y manejo d las propias emociones	e
Tolerancia a la frustración	
Optimismo y sentido del humor	
Área moral; Compromiso social	
competencias morales Responsabilidad	
Prosocialidad	
Justicia	
Igualdad (género, social))
Respeto a la diversidad	

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- Identificar las características y necesidades comunes en el perfil de las personas residentes en Centro Amigo.
- Asociar y extrapolar el modelo de desarrollo positivo al perfil de los destinatarios.
- Diseñar y proponer un modelo de desarrollo positivo ajustado a las necesidades de las personas residentes que se encuentran en situación de exclusión social.

PARTICIPANTES

Los participantes que componen la muestra son las personas sin hogar que se encuentran en situación de exclusión social grave y que realizan un proceso de inclusión en Centro Amigo, casa de acogida para personas sin hogar de Cáritas Diocesana de Sevilla.

Los participantes son un total de 28 sujetos, entre los que predomina el género masculino (67,9%) frente al femenino (32,1%) y la nacionalidad española (89,3%) frente a otras nacionalidades (10,8%), siendo la edad media de 48,32 años.

INSTRUMENTOS

En primer lugar, se ha utilizado un cuestionario realizado Ad hoc para este trabajo, Datos Sociodemográficos. Esta herramienta se aplica a los residentes de Centro Amigo (un total de 28 personas) y nos permite obtener datos descriptivos para identificar las características y perfil de la población. Este cuestionario está elaborado a partir de la revisión de la Ficha Social de Valoración que se utiliza en Centro Amigo, realizando una adaptación del mismo.

En segundo lugar, se ha elaborado una escala denominada *Mide tus dificultades* dirigida a los participantes del proyecto. El objetivo es conocer y medir de las dificultades que los usuarios del proyecto presentan en las diferentes áreas del Modelo del Desarrollo Positivo de las 5ces. Debido a la carencia de instrumentos de medida validados que puedan ser útiles para medir el objetivo

propuesto, se ha elaborado esta escala Ad hoc, utilizando el cuestionario AF5 de Musitu para medir ítems de autoestima y autoconcepto del área Personal (Malo Cerrato et al., 2011).

En tercer lugar, se utiliza una escala denominada Escala de evaluación del Modelo de desarrollo positivo para conocer la visión y perspectiva de los profesionales que atienden a las personas residentes de Centro Amigo. Esta escala consiste en la evaluación de los ítems que componen el Modelo de Desarrollo Positivo de las 5ces.

Análisis de los datos

El análisis de datos se realizó con el Statistics Package for Social Sciencies (SPSS-22).

En la escala de desarrollo positivo se ha procedido a aplicar el Alfa de Cronbach, obteniendo un valor de 0.827, este se considera suficiente para garantizar la fiabilidad de la escala y de la consistencia interna de sus ítems.

Se realizan análisis no paramétricos U de Mann-Whitney para justificar la utilización de paramétricas de prueba "t", así como pruebas de "Chi cuadrado".

RESULTADOS

Cuestionario sociodemográfico

Los resultados del cuestionario sociodemográfico se agrupan en distintas áreas. Con respecto a las relaciones familiares, destaca el porcentaje de personas que tiene hijos y no mantiene relaciones con ellos (78,2%), seguidos de aquellos que no cuentan con apoyo familiar (75%).

En cuanto a la dimensión relativa a las relaciones sociales, destaca el porcentaje de personas que no cuentan con red social de apoyo (85%). La mayoría de los usuarios consideran que el Centro es su único apoyo, no considerando a los compañeros del centro como parte de ello (92,9%).

En cuanto a la situación judicial, los datos indican que la mayoría de las personas han estado en prisión en algún momento de sus vidas (74,3%) y en estos momentos conocen y están informados de su situación judicial.

En el área de vivienda, la mayoría de la muestra carece de vivienda, vive en un centro o piso de acogida (85%) y una mínima parte cuenta con vivienda, aunque ésta se encuentra en condiciones de inhabitabilidad o insalubridad (14%) o en menor medida, vive de alquiler (1%).

Con respecto a la formación, podemos decir que las personas que conforman la muestra no tienen ningún tipo de estudios (60%) y en caso de tenerlos son estudios primarios principalmente (40%).

En cuanto a la situación económica, podemos concluir afirmando que la mayoría de las personas de Centro Amigo no cuentan con recursos económicos (53,6%) y que en caso de disponer de ellos, éstos proceden de recursos sociales externos como pensiones o prestaciones (32,1%).

La situación laboral de las personas que conforman la muestra, ha sido en economía sumergida (87,5%), aunque de forma menos representativa existen casos que cuentan con experiencia laboral estable y regularizada (17,9%). Al mismo tiempo, es importante destacar que el perfil de la muestra se encuentra en situación de desempleo.

La situación de salud de la muestra del estudio se encuentra afectada en mayor o menor medida por la comorbilidad de enfermedad mental (82,1%), adicción (92,1%) u otras enfermedades físicas (80,3%). Por tanto, podemos deducir que la situación de discapacidad (el 53,6% de personas la padece) es derivada o consecuencia de las patologías mencionadas.

Escala Mide tus dificultades

Los resultados de la Escala Mide tus dificultades presentan la evaluación que hacen de sí mismos los acogidos del Centro Amigo con respecto a las habilidades y competencias que componen las áreas del Modelo de Desarrollo Positivo. En estos se refleja que los acogidos de Centro Amigo se valoran con mayor desempeño en el área emocional y personal, aunque estas puntuaciones continúan siendo insuficientes. Con respecto al resto de áreas, obtienen una puntuación menor, siendo las habilidades que componen el área cognitiva, con las que menores capacidades se valoran.

Escala de evaluación del Modelo de Desarrollo Positivo

En lo que respecta a la evaluación que los técnicos del centro realizan sobre la disponibilidad de habilidades y competencias de las áreas del Modelo de Desarrollo Positivo de los participantes, valoran que existen carencias en más de la mitad de estas habilidades, por lo que aún deben adquirir y/o reforzar las mismas.

Por todo ello, en el siguiente gráfico se expone la comparación de los datos obtenidos en la evaluación del Modelo de Desarrollo Positivo de los usuarios del centro (a través de la Escala Mide tus Dificultades) y de los técnicos (a través de la Escala de Evaluación del Modelo de Desarrollo Positivo):

Se han encontrado correlaciones estadísticamente significativas entre las áreas evaluadas por

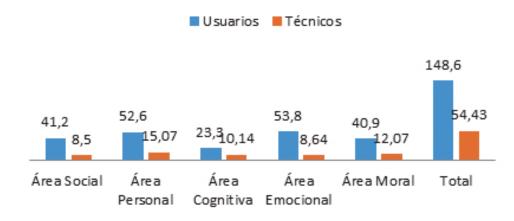


Grafico 1: comparación de los resultados obtenidos en la evaluación del Modelo de Desarrollo Positivo según usuarios y técnicos.

los técnicos y las valoradas por los usuarios del proyecto.

Se realizaron comparaciones de las puntuaciones medias en la escala en función de las variables de interés según lo revisado en la bibliografía. Al tratarse de un tamaño muestral inferior a 30 sujetos, se procedió a realizar un análisis no paramétrico U de Mann-Whitney para justificar la utilización de paramétricas de prueba "t" para la comparación entre las variables dicotómicas que

conforman el cuestionario sociodemográfico. Los resultados indicaron que estas variables no alcanzaban el nivel de significación estadística, con lo cuál se procedió a dicotomizar las puntuaciones de la escala de desarrollo personal, en puntuaciones altas y bajas para poder establecer una comparación entre ambas y analizar la posible influencia de las mismas sobre las puntuaciones del constructo. Para (puntuaciones altas y bajas) se llevó a cabo a través de pruebas de Chi cuadrado (veáse tabla 2):

Tabla 2: Correlaciones entre las áreas del Modelo de Desarrollo Positivo entre usuarios y técnicos Usuarios Técnicos A_C A_E TOTAL A_C TOTAL AS A_P A_M **A_S** A_P_ A_E A_M Acogidos Área Social 1 Área .452 1 Personal Área .253 .381 1 Cognitiva Área .383 .459 -.056 1 Emocional Área .548 .41 .681 -.056 1 Moral **TOTAL** .708 .597 .744 .353 .833 1 Técnicos Área Social .165 .389 .402 -.287 .643 .472 1 Área .196 .439 -.207 .295 .242 .720 .045 1 Personal Área .104 .017 -.317 .203 -.033 .769 .565 -.234 1 Cognitiva Área -.083 .13 -.089 -.197 -.325 .099 .493 .396 -.47 1 **Emocional** Área -.361 .071 .332 -.588 .028 -.162 .511 .687 .493 .391 1 Moral .089 **TOTAL** -.173 .185 .365 -.374 .268 .804 .920 .794 .572 .801 1

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos del Cuestionario Datos Sociodemográficos, hacen referencia al perfil de personas sin hogar que participan en el Centro Amigo. Así, podemos concluir las características comunes o generalizadas de estas personas y su influencia en el Modelo de Desarrollo Positivo.

Carencia de red de apoyo social y familiar

En este sentido, Modelo de Desarrollo Positivo (en su área social y emocional) promueve las habilidades y competencias necesarias que les permitan crear relaciones personales y sociales satisfactorias. Al mismo tiempo, a través del Área Moral del Modelo, permite promover capacidades y actitudes (compromiso social, responsabilidad, prosociabilidad, justicia, Igualdad, respeto a la diversidad) que encuadren el modelo de relaciones que establecen.

Estancias en prisión y/o causas judiciales pendientes

Las estancias en prisión suponen un agravante en el deterioro personal y social de las personas que participan en el estudio. Ello afecta a las competencias emocionales del Modelo (empatía, reconocimiento y manejo de las emociones propias y de los demás, tolerancia a la frustración, optimismo y buen humor) y al área emocional (manejo de las propias emociones, tolerancia a la frustración...).

Carencia de formación

Como hemos visto, el papel de la familia en las personas sin hogar ha sido un factor de riesgo por lo que no ha favorecido el desarrollo de determinadas competencias en los hijos. Del mismo modo ocurre cuando la escuela no ha estado presente o su participación en la socialización ha sido deficitaria. En este sentido, el Modelo de Desarrollo Positivo garantiza el desarrollo de esas habilidades y competencias que debido a la carencia de contextos adecuados no han favorecido su desarrollo.

Precariedad económica

La precariedad económica o asistencial que mantiene a las personas sin hogar encuentra explicación en los procesos de exclusión social que dejan fuera a las personas de la participación social y derechos. En este sentido, el Modelo de Desarrollo Positivo, es una herramienta para superar las secuelas de esta situación en las distintas áreas de la vida de la persona (emocional, personal, cognitiva, moral) y promover el desarrollo positivo e inserción social, entiendo que el desarrollo de habilidades revertirá en una mejora de su situación social y laboral y consecuentemente económica.

Situación de desempleo

Esta situación genera que las personas carezcan de determinadas habilidades y capacidades, que otras personas debido a las oportunidades vitales (familia estructurada, posibilidades formativolaborales, entre otras) si han podido desarrollar, por lo que contribuyen a su segregación y marginación social. En este sentido, el modelo de desarrollo positivo, permite potenciar áreas del desarrollo vital que debido a la precariedad de los contextos en estos momentos pueden encontrarse inhibidas (como por ejemplo, habilidades sociales, emocionales, autoconcepto autoestima ٧ ajustadas).

Enfermedad mental

Las personas que padecen enfermedad mental presentan necesidades específicas de intervención que con el Modelo de Desarrollo Positivo encontrarían respuesta en su mayoría a través de las habilidades y competencias que se trabajan en el Área Social, Personal, Emocional y Cognitiva del Modelo.

Adicciones

El modelo de desarrollo positivo considera que determinadas conductas y comportamientos son consecuencia de las interacciones entre la persona, con sus características biológicas y psicológicas, la familia y el entorno social y cultural en el que está inmerso. En el caso de las personas sin hogar, la familia de origen desestructurada, la carencia de formación, la escasa participación social, unido a la presencia de adicciones y/o enfermedad mental y estancias en prisión, derivan en la situación de exclusión, estas cuestiones han podido estudiarse en las historias de vida de los participantes. Por ello, trata de promover conductas positivas en

lugar de centrarse en las carencias, déficits y conductas problemáticas a resolver (Oliva, Hernando, Parra Pertegal et al. 2008). Así consideramos que se trata de una herramienta para ayudar a este perfil de personas a desarrollar sus habilidades y a convertirse en personas saludables, responsables y preocupadas por los demás y por otro lado, promover vínculos personales entre los iguales al tiempo que fomenta la conexión con la comunidad y facilita experiencias de contribución a ella.

Así mismo es importante destacar que los técnicos del Centro Amigo que han participado en el estudio, corroboran la carencia de estas habilidades y competencias en el perfil. Por lo que consideramos que el Modelo de Desarrollo Positivo, enmarcado dentro del Modelo Biopsicosocial, es una propuesta acertada de intervención en aquellas personas que se encuentran en situación de exclusión social y que cuentan con las características sociodemográficas que se han detallado a lo largo de este trabajo.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Entre las limitaciones que cuenta el estudio, se encuentra la dificultad de generalizar los datos obtenidos en el estudio a la población de personas sin hogar debido al tamaño reducido de la muestra. Además, para determinar la viabilidad de aplicación del Modelo de Desarrollo positivo en la persona, es preciso valorar previamente su situación y determinar si se encuentra en situación de exclusión social, lo que permitirá ajustar el modelo a sus dificultades y carencias.

Del mismo modo, debido a las características personales de las personas que conforman la muestra, existe un alto índice de abandonos de los procesos, que en cierta medida dificulta la consecución de los objetivos propuestos y la evaluación de los mismos. Por lo que para futuras investigaciones, hay que tener presente esta singularidad ya que el número de la muestra puede variar a lo largo de la investigación.

Al mismo tiempo, es importante destacar que no se han encontrado disponibles instrumentos de medidas validados para medir el Modelo de Desarrollo Positivo en población adulta. Al tiempo que la bibliografía sobre las personas en situación de exclusión e instrumentos de medidas que puedan ser aplicables al perfil, son escasas. Por este motivo, los instrumentos del estudio se han elaborado ad hoc, dando lugar a resultados que no son estadísticamente significativos. Por ello, para futuras líneas de investigación es imprescindible disponer de instrumentos validados de manera que podamos obtener datos significativos y representativos.

Por todo lo expuesto, para futuras investigaciones sería imprescindible aumentar el número de participantes, equilibrar la distribución en función del género, disponer de instrumentos de medida validados y fiables, profundizar en el diseño de proyectos y alternativas que den respuesta a las necesidades y dificultades detectadas en el estudio realizado. De esta manera, la aplicación del Modelo de Desarrollo Positivo, puede constituir una forma de intervención sistemática con objetivos cuantificables en los procesos de rehabilitación de personas en situación de exclusión social.

BIBLIOGRAFÍA

Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F. & Babín, F. (2011). Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. Adicciones, 23, 249-256.

Cabrera, P. (2000). Personas sin hogar, hoy. Revista del ministerio de trabajo e inmigración, 75.

Fazel S., Khosla, V., Doll, H. & Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in Western countries: systematic review and meta-regression analysis. PLoS Medicine, 5.

Fajardo Bullón, F. (2011). Poliadicción y edad del inicio del consumo de drogas en personas sin hogar. Revista Española de Drogodependencias, 6, 4.

Instituto Nacional de Estadística (2005). Encuesta sobre personas sin hogar. Madrid: autor.

Instituto Nacional de Estadística (2012). Encuesta a las personas sin hogar. Madrid: autor.

Jenkins, R., Bhugra, D. & Bebbington, P. (2008) Debt, income and mental disorders in the general population. Psychological Medicine, 36: 1485-1493.

Martín Caño, A. (2011). Imagen social y trayectoria vital de las personas sin hogar en España. Tesis doctoral. Universidad Europea de Madrid, Madrid.

Malo Cerrato, S., Bataller Sallent, S., Casas Aznar, F., Gras Pérez, E. & González Carrasco, M. (2011). Análisis psicométrico de la escala multidimensional de autoconcepto AF5 en una muestra de adolescentes y adultos de Cataluña. Psicothema, 3, 24.

Montoya Castilla, I. & Muñoz Iranzo, I. (2009). Habilidades para la vida. Compartim, revista de formación del profesorado, 4.

Observatorio Español sobre drogas. (2011). Situación y tendencias de los problemas de drogas en España, Informe 2011. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad: autor.

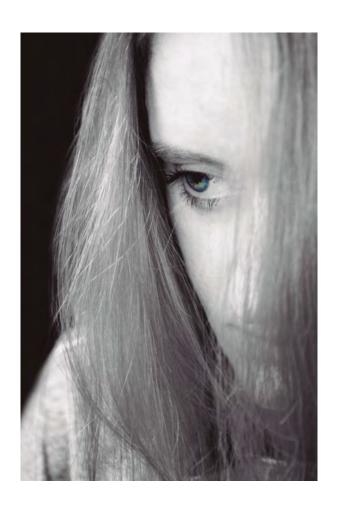
Oliva Delgado, A., Hernando Gómez, A., Parra Jiménez, A., Pertegal Vega, M.A., Ríos Bermúdez, M. & Antolín Suárez, L. (2008). La promoción del desarrollo adolescente: recursos y estrategias de intervención. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

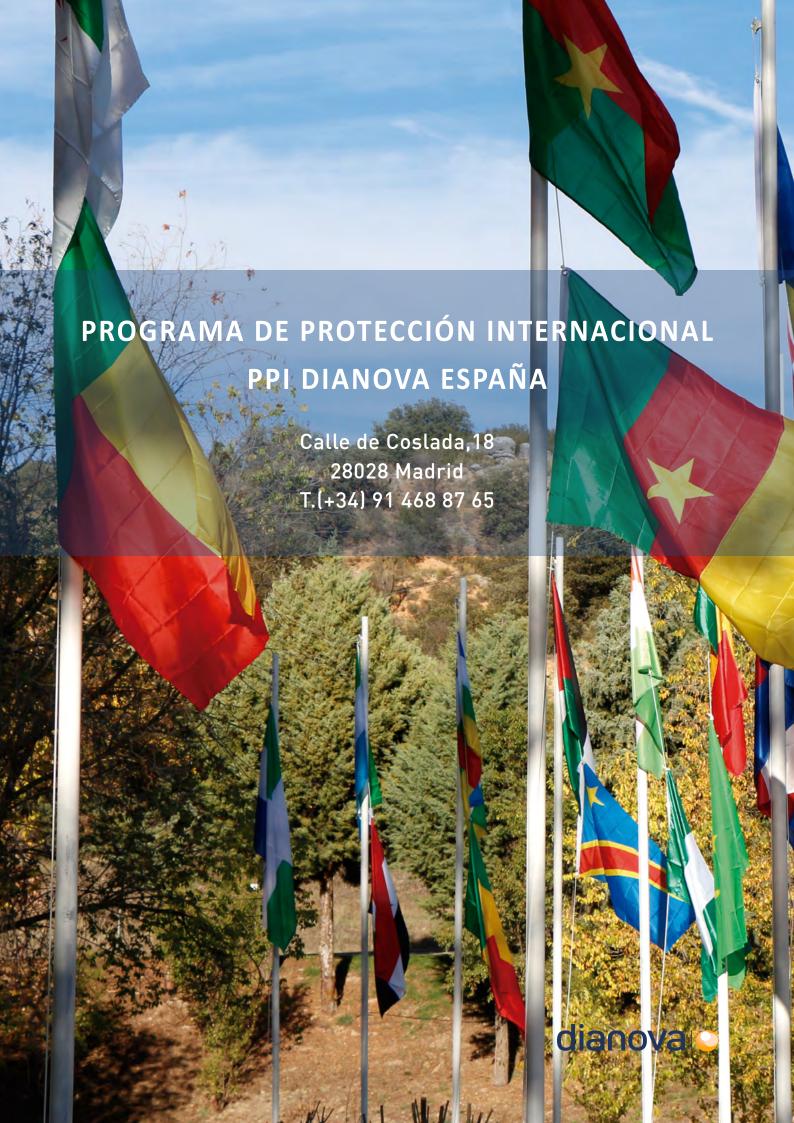
Panadero Herrero, S. & Muñoz López, M. (2014). Salud, Calidad de Vida y Consumo de sustancias en función del tiempo en situación de sin hogar. Anales de psicología, 30, 1.

Petrides, K., Frederickson, N. & Furnham, A. (2004). The role of trait emotional intelligence in academic performance and deviant behaviour at school. Personality and Individual Differences, 36, 2.

Sánchez Morales, MR. (2010). Las personas sin hogar en España. Universidad Nacional de Educación a Distancia, 14, 21-42.

Volkow, D. (2007). Addiction and Co-ocurring mental disorders. Director's perspective. NIDA Notes, 21, 2.





LAS ADICCIONES EN LA POBLACIÓN MAYOR

ELDERLY PEOPLE'S ADDICTIONS

RESUMEN

El envejecimiento de la población es una realidad que, supone un gran reto para las sociedades desarrolladas.

Las personas mayores tienen unas características específicas y problemas sanitarios entre los que destaca el elevado porcentaje de automedicación. Este hecho, unido a la adicción a las llamadas drogas legales, supone una gran amenaza sanitaria a la que, tenemos que buscar soluciones.

Un primer paso es dar difusión a un problema que, pasa desapercibido a nivel social.

ABSTRACT

The aging population is already a reality that is a big challenge for developed societies.

Older people have special characteristics and health problems among which is the high percentage of self-medication. This fact, coupled with legal drugs addiction, is a major health threat that we must find solutions.

A first stage is to disseminate this problem that goes unnoticed at the social level.

PALABRAS CLAVE

Adicción, adulto mayor, soledad, automedicación.

KEYWORDS

Addiction, elder, loneliness, self – medication.

AUNTOMEDICACIÓN

La población mayor en los países occidentales aumenta de forma exponencial, suponiendo este hecho la aparición de grandes retos y, una transformación social y de la problemática a acometer.

A nivel demográfico el porcentaje de personas mayores de 60 años supone cada vez un peso más importante y que, no hará sino aumentar en las próximas décadas. Este hecho, unido a la alta sofisticación que presentan los seniors, hace que a

David Roa Arbeteta

Fisioterapeuta y osteópata

nivel social se estén prolongando situaciones más asociadas a grupos jóvenes o maduros.

Uno de los principales problemas sanitarios a los que hacemos frente en relación a la población mayor es la automedicación y polifarmacia a la que están sometidos, en muchos casos debido a las múltiples patologías que padecen y a la poca coordinación sanitaria entre los diferentes profesionales especialistas que atienden a los mayores.

La automedicación se define como la utilización de medicamentos por iniciativa propia sin ninguna intervención por parte del médico (ni en el diagnóstico de la enfermedad, ni en la prescripción o supervisión del tratamiento). Este hecho es más notable y frecuente en la población adulta.

La automedicación es un hábito muy aceptado en nuestras sociedades y, no solo afecta a los mayores, sino que se está extendiendo a otros rangos de edad y, a todo tipo de estrato social, no siendo factores excluyentes, la edad, el sexo o la raza.

Si bien es cierto que, una automedicación adecuada y, ejecutada de forma puntual, puede ayudar a la resolución de patologías menores que no requieren la prescripción de un profesional médico; es igualmente cierto que ningún medicamento es inocuo por lo que, tendrá seguro un efecto en el organismo de la persona que la toma.



En las personas mayores de 65 años, la automedicación puede tener consecuencias más graves que en otros grupos sociales ya que, ellos suelen tener una polifarmacia importante y, el riesgo de interacciones entre estos fármacos puede tener un desenlace fatal o agravar patologías latentes o bien controladas.

Uno de los mayores riesgos derivados de la automedicación es la dependencia o adicción a fármacos o medicinas que, en realidad, no son efectivos ni necesarios para el control de las enfermedades y que, sí se adoptan como hábitos o rutinas difíciles de modificar o suprimir, una vez iniciadas.

Un grave problema para el abordaje de la adicción en mayores es que suelen ser casos que pasan desapercibidos para la sociedad, los medios de comunicación y la sanidad pública. A nivel científico o clínico apenas se tiene en cuenta esta circunstancia que, sin embargo afecta de manera sobresaliente a personas mayores de 60 años, poniendo el foco en las adicciones que afectan a los jóvenes.

Es muy importante poner el foco en las causas que, pueden incentivar a los mayores al consumo de sustancias y que, les generan adicción a las mismas.

La vejez es una etapa más de la vida en la que, la persona que la experimenta debería estar preparada para afrontarla con las herramientas necesarias que, garanticen un estado adecuado de bienestar y salud.

Las personas mayores experimentan esta etapa con la aparición de ciertas limitaciones físicas, cognitivas o psicológicas que, pueden asociarse a la degeneración biológica del propio cuerpo.

A nivel social es probable que los mayores no tengan una red de apoyo tan fuerte como la que experimentaban cuando estaban en su fase madura y, en la que tenían muy organizado su día a día con jornadas de trabajo diarias de ocho horas.

Igualmente, son muchos los mayores que, a medida que cumplen años, pierden a familiares, amigos, compañeros y que, no encuentran herramientas o actividades para suplir esa deficiencia.

Otro factor muy importante es la sensación subjetiva de bienestar que, cada mayor puede tener sobre sí mismo y que, independientemente de padecer o no limitaciones parta ejecutar su día a día de forma plena, puede acabar provocando un estado de depresión y ansiedad importante.

Otro factor decisivo a tener en cuenta, es que las personas mayores de 65 años tienen mayores facilidades para acceder a sustancias tales como: el alcohol, psicofármacos y medicamentos específicos. Esta facilidad de acceso se debe a circunstancias como un mayor poder adquisitivo de la persona, la no existencia de un control familiar, el bajo precio al que pueden adquirir medicamentos y, lo no existencia de prejuicios sociales sobre este grupo en referencia a las adicciones.

A continuación se nombran algunos de los factores de riesgo que pueden provocar la aparición de adicciones en el mayor:

- Rotación familiar de domicilio en domicilio.
- Enfermedades crónicas o degenerativas que, generan dolores y, quizás una degeneración progresiva que, genera una gran frustración a la persona.
- Jubilación o prejubilación: con pérdida de prestigio laboral.
- La actitud social que, suele tender a generar desprecio al mayor.
- Tratamientos médicos que pueden provocar depresión en el mayor.

En conclusión, las drogas suelen ser utilizadas por los mayores para evadirse de una realidad que, en muchas ocasiones les cuesta asumir. La soledad en la que viven y el poco respaldo social del que disfrutan, son elementos que refuerzan y aceleran las posibilidades del mayor de caer en una adicción.

Cuando hablamos de adicción en el mayor, no podemos evitar nombrar medicamentos que, a nivel social, nunca son vistos como peligrosos, pero tienen consecuencias: uso de laxantes de forma irracional y sin sentido clínico, antiinflamatorios de carácter preventivo, aspirinas para mejorar el estado general o simplemente analgésicos para afrontar el día con garantías de que no habrá dolores.

Es muy interesante el poder centrarnos en las llamadas drogas "blandas" o "legales" ya que, a diferencia de las "duras" o "legales", las primeras necesitan de un tiempo de consumo superior a cinco años para generar una dependencia, mientras que en las últimas apenas bastará con un consumo para generar esa esclavitud.

El adulto mayor, a diferencia del joven, probablemente pueda ser más víctima de las drogas "legales" ya que, su consumo está mejor visto a nivel social y, además, su consumo es más prolongado en el tiempo.





Algunas de estas drogas serán:

1. Alcohol: su consumo genera una gran dependencia y, la privación de su consumo, una serie de síntomas físicos relevantes.

A nivel social es una droga cuyo consumo está muy asumido y arraigado, a pesar de los síntomas que genera en el organismo y que, son realmente importantes.

2. Psicofármacos: son sin duda, las sustancias que mayor consumo y adicción generan en la población geriátrica.

Uno de los motivos por los que tan extendido está su uso, es sin duda por la difusión del falso mito sobre los beneficios tan importantes que genera, sin tener en cuenta todos los efectos negativos que provoca.

Debemos tener en cuenta los grandes esfuerzos formativos y educativos que, se están realizando en el área de los colegios, escuelas y universidades, para combatir la aparición de adicciones en edades jóvenes o infantiles, trabajo que da sus frutos y que, lejos de resolver de manera definitiva el problema, sirve como freno a su aumento y progresión de la misma.

La persona mayor no tiene acceso, ni ha tenido en el pasado, a este tipo de información que, hace valorar de forma adecuada los efectos negativos que las drogas tienen en su estado general. El adulto mayor, en su pasado, es muy probable que, solo considerase como drogas, aquellas sustancias prohibidas que generan adicción, algo equivocado ya que, se pueden categorizar como drogas todas las sustancias (prohibidas o no) que, generen una dependencia física o psíquica.

Un punto muy importante que, se debe de comentar en relación a los adultos mayores, es la llamada adicción inducida. Esta se define como la adicción generada a medicamentos o sustancias que, inducen cambios orgánicos que, nos hacen sentir mejor o facilitar un bienestar subjetivo, pero sin la necesidad u obligatoriedad de ser consumidos.

Este tipo de adicciones hacen que el consumo de medicamentos sea un pilar fundamental en la vida diaria de muchos adultos mayores que, adoptan este consumo como rutina diaria.

El adulto mayor puede igualmente tomar estos medicamentos para resolver o aliviar un malestar impreciso y general que, puede tener como base un estado depresivo subyacente.

Por tanto, un problema asociado a las adicciones en el mayor es la falta de diagnósticos precisos que ayuden a buscar terapias o herramientas necesarias para dar solución a la base del conflicto.

Como conclusión, podemos afirmar que las personas mayores presentan unas características muy específicas y que requieren un abordaje concreto y holístico, pues las adicciones y los adultos mayores, son dos conceptos que lejos de ser antagónicos, están en convivencia de manera sustancial, suponiendo un reto a afrontar.

Un primer paso para resolver esta problemática es aportar luz sobre ella y, que de alguna manera se ponga en relieve un problema que, sin duda, existe y debe ser acometido con acciones adaptadas al rango de edad y la casuística propia de los adultos mayores, teniendo en cuenta sus especificidades y situaciones.



BIBLIOGRAFÍA

J.L. Aguilar, R. Peláez, N. Esteve y S. Fernández. Limitaciones en el uso de opiáceos mayores en dolor crónico no oncológico.

Esteve N, del Rosario E, Giménez I, Montero F, Baena M, Ferrer AM, et al. Seguridad y efectividad del tratamiento del dolor agudo postoperatorio.

Dr. Ricardo Sánchez-Huesca. Detección temprana de factores de riesgo para el consumo de sustancias ilícitas.

Rafael Plasencia Delgado. Las adicciones en el adulto mayor: contexto actual.

Dr. Ricardo A. Blanco. Medicación y polimedicación - adicciones en tercera edad.

ETNOGRAFÍA Y CONSUMO DE DROGAS. RELATOS PARA LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

ETHNOGRAPHY AND DRUG USE. MODELS FOR THE PROMOTION OF PUBLIC HEALTH

RESUMEN

LI presente texto pretende aportar una mirada retrospectiva de la génesis y evolución de los estudios etnográficos en occidente sobre consumo de sustancias psicoactivas. Estos se iniciaron en los años 30 en EEUU teniendo la Escuela Sociológica de Chicago especial relevancia. Para esta escuela sociológica, la mejor manera de estudiar las nuevas formas de vida de la creciente sociedad industrial, era la observación directa en los numerosos y diferentes contextos sociales que proliferaban rápidamente (barrios, guetos, condiciones y lugares de trabajo, vivienda...) así como el estudio de los subgrupos recién formados: bandas juveniles callejeras, de delincuentes, músicos... y de la denominada "drug user subculture". En 1950 acontece un cambio significativo al proponerse las teorías sobre la desviación social. Estas centraran la atención en la perspectiva del actor, confrontando los estereotipos de (criminalidad, desviación social y patología mental, que promulgaban ciencias como la medicina, la psiquiatría, la criminología, la psicología e incluso la sociología) -y que en realidad todavía permanecen en el imaginario de nuestra sociedad-. Los estudios antropológicos sobre usos de drogas en nuestro territorio ligados inevitablemente al ámbito de la antropología médica, han sido uno de los más importantes e influyentes en el debate científico y político respecto al tema.

ABSTRACT

This paper aims to provide a retrospective view at the genesis and evolution of ethnographic studies in North America and Europe about the use of psychoactive substances. These began in the 30s in the US having the Sociological School of Chicago special relevance. For this sociological school, the best way to study new ways of life of the growing industrial society was direct observation in the many different social contexts that rapidly proliferating (barrios, ghettos, and workplace conditions, housing ...) and as the study of the newly formed groups: street gangs, criminals, musicians ... and so-called "drug user subculture". In 1950 significant theories of social deviance change the

Antoniu LLort Suárez

Servei d'Addiccions i Salut Mental, Hospital Universitari Sant Joan de Reus/Pla d'Accions sobre droques panorama. These focus attention on the perspective of the actor, confronting stereotypes (crime, social deviance and mental illness, which enacted sciences such as medicine, psychiatry, criminology, psychology and even sociology) -and actually still remain in the minds of our society-. Anthropological studies on drug use in Spain inevitably linked to the field of medical anthropology, have been one of the most important and influential in the scientific and political debate on the issue.

PALABRAS CLAVE

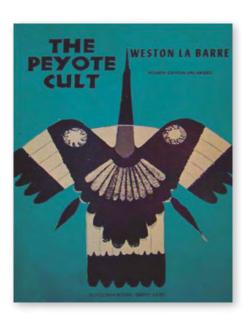
Etnografía, antropología médica, uso de sustancias psicoactivas.

KEYWORDS

Ethnography, medical anthropology, drug use subculture.

ESTUDIOS Y FUNDAMENTACIÓN

Las investigaciones etnográficas sobre uso de sustancias psicoactivas, entendiéndolas como la observación sistemática en el campo de estudio y una cuidada descripción de los comportamientos observados se inició en los años treinta con cuatro estudios paradigmáticos o pioneros (Page y Singer, 2010:34).



Para los antropólogos fue el estudio de Weston La Barre con "The Peyote cult" publicado como libro en 1975, resultado de su primera publicación en un trabajo de pregrado en 1937 con el mismo nombre. Realizó trabajo de campo en más de 15 etnias nativas americanas. La Barre fue capaz de estructurar un itinerario del desarrollo y difusión del uso cultural y ritual del peyote desde mediados del siglo XIX, basándose en el estudio del origen social de la variada parafernalia utilizada en sus rituales junto a sus creencias y prácticas. La Barre y otros antropólogos defendieron el uso ritual del peyote frente a la oposición casi sistemática de uso de cualquier droga del gobierno americano, convirtiéndose en uno de los primeros defensores del uso tradicional de las drogas, en este caso en el ámbito religioso de la Iglesia Americana de Indígenas.

Para los sociólogos fue Binham Dai con su estudio sobre adictos al opio en Chicago, "Opium Addiction in Chicago" (1937) quien inauguró la era de la etnografía sobre usuarios de drogas. La sociología al contrario de la antropología desarrolló muy temprano una línea específica de estudios urbanos sobre drogas. Basada en la tradición llamada "drug" use as a social deviance (uso de drogas como desviación social) se inspiraba en los comunity-based social studies (estudios sociales basados en la comunidad) de la Escuela de Chicago desarrollada por Robert E. Park.

Para esta escuela sociológica, la mejor manera de estudiar las nuevas formas de vida de la creciente América industrial, era la observación directa en los numerosos y diferentes contextos sociales que proliferaban rápidamente (barrios, guetos, condiciones y lugares de trabajo, vivienda...) así como el estudio de los subgrupos recién formados: bandas juveniles callejeras, de delincuentes, músicos, etc. Su metodología se basaba en "estar in situ" y en comprender desde la perspectiva del actor. Dai, como Parker opinaban que las nuevas condiciones de vida urbana llevaban hacia la desorganización social, el aislamiento de individuos, la despersonalización de las relaciones y que el consumo de drogas podía atribuirse a la respuesta a estas condiciones.

En el libro *Opium Addiction in Chicago* (1937) Dai estudió dos tipos de población: los adictos al opio

consecuencia del tratamiento iatrogénico con morfina y a aquellos que desarrollaron su adición en la calle junto a otros grupos de consumidores de drogas. Este hecho es importante según remarcan Page y Singer (2010) por la época en la que acontecían los hechos, los años posteriores a la Guerra Civil Americana en la segunda mitad del siglo XIX por el uso masivo de morfina en el frente y para gestionar los cuidados posteriores a los soldados que sobrevivieron a la guerra.

Después de la aprobación en el parlamento de la Harrison Act en 1914, la cual prohibía la venta de narcóticos fuera de una estricta prescripción médica, la opinión pública contra las drogas se convertiría en la visión dominante. Otro factor importante que influenció a la opinión pública sobre el fenómeno de uso de drogas fue que durante los años 30 incrementó muchísimo el número de población afro americana en Chicago sin trabajo y usuaria de drogas. Chicago fue una de las ciudades más segregacionistas de América y en los barrios donde aquella población habitaba proliferaron clubes de jazz, prostíbulos, casa de apuestas, venta de drogas... creando un fuerte punto de atracción para los blancos que querían desahogarse de las calamidades de la gran crisis económica, preparando así un terreno idóneo para situar allí el mal y el nido de las perversiones para una sociedad con valores muy conservadores.

Dai cimentó los estudios basados en el comportamiento desviado, creando una imagen exagerada y totalizadora de un fenómeno que según sus teorías imbuía al adicto a un estado de adicción total que impregnaría todas sus acciones y su estilo de vida totalmente centrado en la adicción.

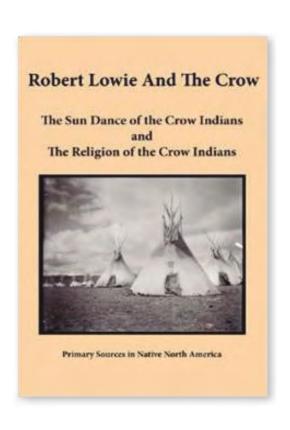
El tercer estudio etnográfico seminal sobre uso de drogas lo protagonizó Richard Evans Schultes con su libro editado junto a Siri Von Reis, Ethnobotany: *the evolution of a discipline* editado en 1995. Schultes definió la etnobotánica como:

"... el estudio de los usos, simbolismo y ritual y otros aspectos prácticos de la interrelación cotidiana entre el hombre y las plantas".

(Page y Singer, 2010:40)

Schultes recolectó más de 30000 plantas principalmente en el amazonas colombiano. Su interés se centró en las plantas que utilizaban los indígenas a modo de medicina y, más en concreto, en las plantas alucinógenas (peyote y ayahuasca). En 1936 escribió una tesis pre doctoral sobre las propiedades del peyote entre los indios Kiowa de Oklahoma. Posteriormente su tesis doctoral se titularía, *Economic aspects of the flora of northeasten Oaxaca* (1941). En su prolífera obra, 10 libros y más de 450 artículos profesionales detalló minuciosamente los comportamientos relacionados con el uso de sustancias psicoactivas, como por ejemplo el preparado de tabaco alucinógeno entre los Waiká en Colombia.

Su mayor contribución fue su increíble compendio de conocimiento sobre la interacción entre humanos y plantas psicotrópicas haciendo posible que la etnografía entrase el campo de la biocultura, sintetizando la naturaleza de los efectos bioquímicos de los psicoactivos en diferentes patrones culturales y el significado atribuido a su uso.



El cuarto ejemplo de texto fundacional sobre usos de drogas, lo propició Robert Lowie de manera fortuita. Nunca se consideró un investigador sobre drogas pero en su trabajo de campo con los **Crow** (Montana) no pudo eludir ciertos aspectos que para los éstos eran trascendentales y que tenían que ver con el uso ritual del tabaco. Desde 1907 y hasta 25 años después *Lowie* pasó largas temporadas con los *Crow*, su trabajo fue publicado en 1983 con el nombre de *The Crow Indians*.

Lowie describió que rol tenía el tabaco en la cultura Crow, sus rituales, significados, organización social alrededor de su uso así como la integración social de su uso en otros componentes culturales.

Como señalan **Page** y **Singer** (2010) Lowie y muchos otros antropólogos, al contario que Dai quién teorizaba sobre las drogas como un problema social o desviación, consideraban la importancia del uso de drogas en el día a día de las personas en diferentes sociedades. La sociología de antes de la II Guerra mundial tenía una visión relacionada con el trastorno social, procesos de desviación de determinados grupos e individuos y los antropólogos como Lowie se centraban en la integración del uso de drogas de sociedades minoritarias en sociedades más amplias.

Page y Singer describen esta fase de la producción etnográfica sobre usos de drogas como la que entiende y describe la conducta adictiva urbana que da respuesta a factores psicológicos de los individuos y/o a las condiciones sociales de pobreza y discriminación sobre determinados grupos étnicos.

En 1950 acontece un cambio significativo relativo a las teorías sobre la desviación gracias a la investigación cualitativa interactiva con usuarios de drogas o el modelo llamado como

"the drug user subculture" o subcultura del consumo de drogas.

(Page y Singer, 2010:50)

Casi toda la información y datos sobre los consumidores de drogas hasta el momento se obtenían mayoritariamente de las instituciones penitenciarias, hospitales, centros de tratamiento, etc. En

consecuencia no era posible describir y conocer el comportamiento de las personas consumidoras en su hábitat natural, o estudiarlas en un espacio no institucionalizado (Waldorf, 1980). El modo de entender la subcultura del uso de drogas presentaba un primer cambio radical en el enfoque de investigación, centrando la atención en la perspectiva del actor, confrontando los estereotipos de (criminalidad, desviación social y patología mental, que promulgaban ciencias como la medicina, la psiquiatría, la criminología, la psicología e incluso la sociología) -y que en realidad todavía permanecen en el imaginario de nuestra sociedad-. En estas investigaciones afloraban nuevos conocimientos revelando identidades no patológicas detrás de sujetos que consumían psicoactivos (en un primer momento heroína, después otras sustancias) y ponían al mismo tiempo el contexto y las relaciones sociales en el primer plano del análisis conductual.

En 1979 se celebró un simposio interdisciplinar en Chicago, Ethnography: a research tool for policymakers in the drug and alcohol fields subvencionado por el NIDA - quien progresivamente desde 1975 iba transfiriendo las competencias en materia de política de drogas a los estados federados- y al cual asistieron más de 30 etnógrafos y otros tantos representantes de las agencias responsables de las políticas de drogas de los EEUU, agentes del NIDA, representantes del gobierno local y de otras agencias relacionadas. El mismo NIDA publicó una monografía, con el mismo título la cual considero de relevante importancia, punto de partida para todo aquel que quiera acercarse al mundo de la etnografía del uso de drogas. Siguiendo la citada publicación resumiré brevemente algunos de los aspectos y acontecimientos científicos relacionados con la investigación etnográfica que tuvo lugar en EEUU después de la segunda gran contienda internacional.

Alfred Lindesmith, discípulo de Blumer y Sutherland, inauguró el listado de estudios naturalistas sobre consumo de drogas en 1947, con la publicación llamada *Opiate addiction*. En realidad su primera intención fue la de llevar a cabo una gran encuesta en el Hospital de Lexington; por desgracia o más bien por suerte su petición fue denegada

por los servicios de Salud Pública de la ciudad y Lindesmith decidió tomar la calle como escenario de investigación. Su primera expedición la realizó con uno de los grandes personajes de la investigación sociológica, Broadway Jones. Jones era Chic Conwell (el ladrón profesional) en el libro con el mismo nombre que Edwin Sutherland publicó en 1937. Jones fue adicto a la heroína durante un largo periodo de tiempo antes de conocer a Lindesmith y pudo introducirle a un gran número de adictos/informantes para su investigación.

Lindesmith entrevistó a 62 consumidores de heroína durante 2 años, creó un singular estilo de investigación invitando a sus informantes siempre a beber o comer en cafeterías o locales y muchas veces era invitado a la casa de los informantes para realizar las entrevistas. Su foco de interés era el proceso cognitivo de la adicción a los opiáceos, esta idea surgía al observar en la literatura existente gran número de personas que consumían opiáceos bajo tratamiento y prescripción médica que no desarrollaban patrones de adicción. Una de las hipótesis que pudo confirmar fue que las personas que consumían opiáceos desarrollaban adicción gradualmente cuando su consumo se focalizaba y tenía el objetivo de mitigar los síntomas de abstinencia. Tal consideración resultó una importante y significante ruptura con la comprensión psico-social en relación a la adicción existente hasta el momento.

La segunda etnografía la protagonizó Howard Becker nacido en 1928 y todavía en vida, pupilo de Everett Hughes. Trabajando como pianista de jazz mientras acababa sus estudios tenía la intención de replicar el estudio de Lindesmith, esta vez con consumidores de marihuana y utilizando la misma metodología. Trabajó previamente en un proyecto llamado Chicago Area Project, sobre consumo de drogas en el ámbito juvenil. Su proyecto etnográfico sobre el uso de marihuana tenía el objetivo de entrevistar a músicos de jazz que usasen marihuana y describir así las características de su uso, secuencias de consumo, efectos percibidos, etc. Realizó 50 entrevistas además de poder realizar observación participante en condiciones óptimas debido a su doble condición de etnógrafo y músico. Al terminar publicó Becoming a marijuana user (1953), convirtiéndose también en un estudio paradigmático e innovador en relación a los estudios sobre usuarios de drogas.

Sus principales hallazgos fueron que la marihuana parecía mucho menos potente como droga del que la literatura explicaba. Describía la experiencia de uso de marihuana como un proceso sutil y complejo, por el cual los consumidores deben primero aprender a utilizar la sustancia correctamente, como reconocer sus efectos y como disfrutarlos.

"Even after he learns the proper smoking technique, the new user may not get high and thus not form a conception of the drug as something which can be used for pleasure. A remark made by a user suggested the reason for tills difficulty in getting high and pointed to the next necessary step on the road to being a user:

As a matter of fact, I've seen a guy who was high out of his mind and didn't know it. [How can that be, man?] Well, it's pretty strange, I'll grant you that, but I've seen it. This guy got on with me, claiming that he'd never got high, one of those guys, and he got completely stoned. And he kept insisting that he wasn't high. So I had to prove to him that he was.

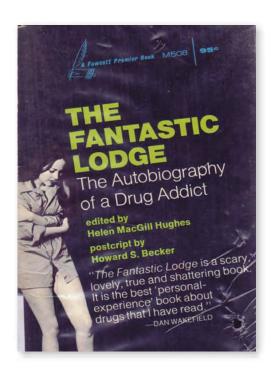
What does this mean? It suggests that being high consists of two elements: the presence of symptoms caused by marihuana use and the recognition of these symptoms and their connection by the user with his use of the drug. It is not enough, that is, that the effects be present; alone, they do not automatically provide the experience of being high."

(Becker, 1963:48-49)

Durante la investigación, entrevistó a la mujer del batería de su conjunto de jazz, con el pseudónimo de Jane Clarck. Becker se percató rápidamente de la locuacidad e inteligencia de la informante y decidió realizar más entrevista con ella para articular lo que sería su historia de vida como adicta a la heroína. Realizó una docena de entrevistas con ella y acabó publicando junto a Helen McHill Hughues, The fantastic Lodge: the autobiography of a drug addict, (Hughues, 1961). Esta

fue la primera autobiografía de un consumidor de drogas, mujer, además, y una de las mejores hasta el momento. Jane Clarck nunca vio la publicación ya que murió de una sobredosis de heroína y barbitúricos.

El tercer estudio derivó del antes mencionado Chicago Area Project, En este caso, fue Harold Finestone estudió el uso de drogas en un gueto afroamericano. Sus tesis describían a los usuarios en base a un doble fracaso, personal y social, incapaces de tener éxito en cualquier ámbito de la vida y por su retirada del mundo abocándose al consumo de heroína. Según Waldorf (1980) está teoría fue rechazada posteriormente por muchos autores y considera que no merecía la atención que recibió en los años 60.



En 1950 Ed Preble realizó un estudio sobre consumidores de heroína en Nueva York (Yorkville) realizando incursiones en East Harlem durante 11 años. Instalaba siempre su oficina de trabajo en viejos edificios, en las mismas zonas de investigación. Preble destacó por su creatividad en los títulos de sus investigaciones destacando, Taking care of business, the heroine user's live

in the streets (Preble and Casey, 1969) o Methadone, Wine and Welfare (Preble and Miller, 1977). Con sus resultados rompió estereotipos clásicos de la psicología y la sociología, al describir a los usuarios de heroína como personas hábiles, inteligentes, escapistas... alejándose del concepto de marginados, delincuentes y inhábiles para la vida social hasta el momento predominantes en las descripciones de los usuarios de drogas. Preble escribió también la historia de la heroína en New York desde la primera guerra mundial hasta 1968.

Otro investigador destacado fue Harvey Feldman, quién investigó el uso de drogas entre la clase obrera en la interzona de Brooklyn y Manhatan. Era un hombre entregado al trabajo de calle, cuya obra escrita no fue muy extensa pero si interesante. Su tesis doctoral, Ideological supports to becoming and remaining a heroin addict (1968) relató como las bandas juveniles de delincuentes a quienes definió como "satnd-up cats". Estos tenían una organización jerárquica compleja, en las que el consumo de drogas, heroína específicamente, no tenía el rol de "escapar de la realidad" sino que marcaba un determinado estatus dentro de las mismas. Realizó el mismo esquema de investigación con bandas juveniles italianas, a quienes denominó "Coastal neighborhood".

Patrick Hughues, realizó en Chicago una investigación en la que combinó etnografía y epidemiología, Behind the wall of respect (1972). Hugues sostenía que la descripción naturalista que brindaba la etnografía podía ayudar a intervenir en el curso de determinadas epidemias y al mismo tiempo podía utilizar sus contenidos y resultados para ayudar a personas a ponerse en tratamiento (Hughes and Crowford, 1972), inaugurando una de los primeros internos de construir un modelo de antropología aplicada o epidemiología social.

En la costa Oeste de Estados Unidos, y al mismo tiempo que Preble y Casey, Herbert Blumer realizó sus etnografías en San Francisco, estudiando a jóvenes ex heroinómanos abstinentes para ayudar posteriormente a consumidores en activo a controlar su consumo. Vio que no podía dirigir a los jóvenes hacia la abstinencia porqué estaban muy anclados en sus consumos y en la idea de que podían afrontar todos los peligros o

riesgos relacionados con ellos. Alan Sutter, quién colaboró con Blumer mientras todavía estudiaba, realizó una de las aportaciones más importantes al estudio de Blumer. Realizó una crónica de cómo los jóvenes se iniciaban al consumo de heroína. Concluyó que la adicción no era tanto el resultado de una condición patológica, sino de un complejo proceso social que para los participantes era "natural". También resaltó de sus investigaciones que el consumo de drogas no llevaba inevitablemente hacia un estilo de vida centrado en la adicción, sino que existían un gran número de alternativas.

Ya durante los 70, Waldorf (1980) enumera las siguientes etnografías del uso de distintas drogas: Cronic marihuana user's in Jamaica (Rubin and Comitas, 1975), English drug user's in Cheltenhan (Plant, 1974, 1975), East Los Angeles barrio's addicts (Bullingntone 1977, More et al. 1974), Haight Ashbury hippies (Cavan, 1972), New Heaven drug user's and treatment system (Gould et al.1974), Speed user's (Carey and Mandel, 1968), Cocaine user's (Cleckner 1976 a, b, 1977), Waldorf et al 1977), Long term heroin chippers (Sackman, 1976), Addict prostitutes (Janes 1976, 1977).

También durante la década de los setenta M. Rosenbaum realizó el primer estudio etnográfico focalizado en cuestiones de género, estudiando a mujeres que presentaban adicción a la heroína. Los estudios de género continuaron siendo minoritarios e insuficientes, -a excepción de The fantastic lodge- hasta finales de los 80 y principios de los 90, años en que tímidamente han empezado a aumentar y progresivamente se han tenido en cuenta para la elaboración de programas y políticas relacionadas.

Oretti y Gregory (2005) apuntan que la literatura relacionada con mujeres que se inyectan drogas ha sido y continúa siendo muy limitada. Antes de finales de 1970 fue un tema ignorado totalmente por los gobiernos, y no fue hasta 1976 que el NIDA encargó estudiar este fenómeno (Rosenbaum y Murphy, 1990, en Oretti y Gregory, 2005). Estos autores señalan que las mujeres, por lo general, presentan un mayor riesgo para la salud al inyectarse que los hombres: una mayor prevalencia de

infecciones de VIH y un alto índice de embarazos debido a pocas medidas anticoncepción y numerosas complicaciones en los embarazos y partos, bajas tasas de accesibilidad a los recursos sociales y de salud. Rosenbaum publicó dos estudios pioneros en este campo, que incluso hoy en día continúan siendo referentes en el campo de los estudios de género y drogas: The World and Career of the woman heroine addict, (1973) y Women in heroine, (1981). Posteriormente son relevantes los estudios ingleses de Taylor (1993) y Etorre (1992, 1985, 2004).

En los años 80 continúan los estudios etnográficos de consumidores de drogas, pero a partir de la segunda mitad de la década se verán condicionados por los estudios sobre la irrupción del VIH entre consumidores de drogas (Page y Singer, 2010). S. Friedman y D.C. Des Jarlais han sido los principales investigadores en materia de VIH y consumo de drogas, publicando centenares de artículos y desarrollando metodologías participativas relacionadas, desde los años 80 hasta hoy en día. Antes de este marcado acontecimiento cabría mencionar otros estudios como la etnografía multi situada de Hanson et al. (1985) quienes impulsaron el The Heroin Lifestyle Study (HLS), llevada a cabo en distintas ciudades a la vez (Washington D.C., New York, Philadelphia y Chicago) estudiando a 124 hombres afroamericanos la mayoría de los cuales no habían recibido ningún tipo de tratamiento en relación a su uso de heroína. El estudio destaca que la mayoría de los consumidores de heroína eran capaces de llevar un estilo de vida de consumo compatible con tareas cotidianas, como el trabajo la familia, etc.; así como que este patrón de estilo de vida no encajaba con otros patrones descritos de usuarios de heroína que eran incapaces de compatibilizar su vida con el consumo de heroína.

Otra investigación en la misma línea de resultados fue el estudio de Berniacki (1986) Pathways from Heroin Addiction, Recovery Without Treatment, (Caminos desde la adicción a la heroína, curarse sin tratamiento). Esta investigación tenía dos objetivos, el primero describir, desde la perspectiva de los usuarios, como podían dejar el consumo por iniciativa propia y sin ayuda profesional o de

algún programa terapéutico, y el segundo analizar este proceso. Según Berniacki la adicción a los opiáceos consiste en algo más que una dependencia física, confluyen también factores psicológicos y sociales. Según este autor, muchos de los estudios se realizaban en el marco de instituciones ya sean penitenciarias o de tratamiento y se perdía a oportunidad de estudiar en estado "natural" el proceso de adicción.

El hecho de "tocar fondo" es uno de los principales motivos para dejar el consumo entre los consumidores con patrones de consumo más "duros" y que mantienen un estilo de vida totalmente focalizado en la sustancia y sus efectos según algunos autores (Bess et al. 1972; Brill 1972; Coleman 1978; en Biernacki, 1986:183) la base indispensable para poder dejarlo. Biernacki sólo subscribirá parcialmente estas consideraciones en su estudio.

Las conclusiones del estudio de Biernacki (1986) describen diferentes maneras de dejar la adicción según la tipología de patrón de consumo. Una primera consideración es que las personas que pueden dejar su hábito sin recurrir a ayuda profesional o ningún régimen terapéutico pueden experimentar situaciones traumáticas y otras en cambio no. Aquellos que han tocado fondo o han sufrido crisis severas comúnmente son personas que han llevado su adicción al extremo, desde la exclusión social y la no participación en un vida social normalizada, incapaces al mismo tiempo de rescatar ninguna relación anterior que pueda dar sentido o valor a sus vidas. Estos desarrollan lo que el autor ha llamado una "identidad emergente", muchas veces relacionada con la identificación en grupos religiosos o políticos que les han permitido encontrar la aceptación y apoyo social necesario.

Otro subtipo, son los que durante su adicción han continuado participando en una vida social convencional, haciendo constantes malabares para sobrellevar su adicción. Estos han llegado a una solución dejando de usar narcóticos sin alterar significativamente sus vidas, bajo circunstancias mucho menos traumáticas que los primeros.

Los adictos menos severos, lo han dejado cuando han percibido que el uso continuado de drogas amenazaba la compatibilidad con la vida en general. En ocasiones han sentido tanta presión o burning out por la tenacidad de haber lidiado con los problemas que conlleva la adicción (suministrarse a diario, esconder los efectos y las marcas, cumplir con otras obligaciones...) que finalmente han decidido abandonar el consumo. Una vez lo han dejado reordenan y potencian las relaciones que nunca han perdido del todo.

Berniacki también descubre dos tipos de craving, una vez han dejado el consumo, el primero asociado a un estado de ansiedad o illness, describiendo estados de depresión, stress o malestar general; y el segundo está relacionado con la asociación a momentos del pasado relacionados con el consumo y los ex consumidores sienten sus efectos a posteriori, es lo que llamará el weak high.

Este análisis del craving es muy significativo para desarrollar las últimas consideraciones del autor. Sea cual sea el tipo de craving que aparece en los ex usuarios, estos han podido y pueden gestionarlos con éxito. Algunos lo han hecho utilizando otras sustancias como el alcohol o la marihuana, otros recordando las etapas más duras relacionadas con situaciones de exclusión social o dedicando el cien por cien del tiempo a otras tareas de manera intensiva:

"Instead of being a compulsive drug user, I became a compulsive workaholic. I put all my energy into work. I did not go out with a girl for one year. No sex for a year, no drugs. I didn't touch anything. I'd smoke a lot of marijuana. I'd come home from work, I'd sit down and get a half of pizza or some sandwich...and I'd get my little pipe. At that time I was making a little money and I could afford to smoke some dope, watch some television, go to sleep. I threw myself almost wholly into not going out to East L.A. and seeing people in the drug culture. I still work six days a week. But Saturday I don't go in until eight o'clock, and I only work until eleven or so".

(Berniacki, 1986:90)

Uno de los problemas más graves con los que los ex adictos se encuentran en su período post consumo son las personas que saben de su adicción pasada, muchas de estas no los aceptan como tales y los rechazan o estigmatizan. Sólo pueden demostrar su nuevo estilo de vida sin drogas con el paso del tiempo, mucho tiempo. Según Berniacki (1986) la aceptación de los ex adictos en el mundo social normal es esencial para el éxito de sus procesos de recuperación. Muchos de estos ex adictos, que han podido dejar la adicción por si solos, permanecen en el anonimato por miedo a ser reconocidos, hecho que dificulta que muchos otros adictos no crean que la recuperación por si mismos sea posible, y a la vez perpetua el estigma y la imposibilidad de normalizar el proceso.

Estas conclusiones o conocimiento aprehendido del trabajo etnográfico, podrían aplicarse a muchos programas de tratamiento, por ejemplo en la comprensión de cómo afrontar los síndromes de abstinencia, como construir nuevos estilos de vida y podrían aplicarse y complementarse con el contenido de muchos de los programas de tratamiento. En cambio muchos programas se han construido o pensado para atender al adicto prototipo más crítico, el cual hemos podido reconocer en tan sólo algunas de las fases de la adicción o en una pequeña parte de la muestra estudiada por Berniacki (1986).

El interés por estudiar y comprender la lógica de la vida cotidiana de los usuarios de drogas, y como los individuos eran capaces de sobrellevar o superar su adicción a las drogas sin necesidad de acudir a los centros y programas de tratamiento fue una de las preocupaciones principales de los estudios socioculturales sobre usos de drogas, y continua siéndolo en la actualidad. En este punto, convergen y se apuntan algunas de las claves para comprender que el fenómeno de uso de drogas al margen o fuera de las creencias, teorías e ideologías que desde el biologicismo y la criminología predominan no tan sólo en el ámbito de la atención a la salud si no en la elaboración de políticas públicas al respecto. La antropología médica, junto a otras disciplinas entre lo sociocultural y la salud, tienen un papel destacado en la configuración de un nuevo horizonte más comprehensivo y coherente con la realidad de este fenómeno. Las etnografías descritas hasta al momento son sólo algunas de las más significativas del período anterior a la aparición de la epidemia del VIH -sobre usuarios de heroína y cocaína principalmente- que castigó duramente al colectivo de usuarios de drogas vía parenteral y también por vía sexual entre el mismo colectivo. No hay duda que estos estudios consolidaron la metodología etnográfica para los estudios sociales y específicamente sobre drogas, sino que también alumbraron el camino para los nuevos etnógrafos que intentarían comprender los micro mecanismos socioculturales que influían tanto en la propagación del virus como en la protección del mismo.

ETNOGRAFÍA Y HEROÍNA EN ESPAÑA

Como destacan Perdiguero, Comelles y Martínez-Hernáez (2014) los estudios antropológicos sobre usos de drogas en nuestro territorio ligados inevitablemente al ámbito de la antropología médica, han sido uno de los más importantes e influyentes en el debate científico y político respecto al tema:

"La línea más importante de la investigación en antropología médica desde el punto de vista de sus impactos sociales y su influencia sobre las políticas públicas en España, e incluso en América Latina, han sido los estudios sobre drogas y conductas adictivas. Se ha desarrollado a partir de estudios sobre trayectorias de vida entre consumidores de heroína, estudios sobre las comunidades terapéuticas, jóvenes durante la década de 1980, y estudios sobre la cocaína y las drogas sintéticas, que son transdisciplinarios y más cerca del modelo médico. En general, parece que hay una creciente tensión entre los enfoques teóricos críticos asociados con la sociología de la desviación y con el marxismo, y los enfoques neo-positivistas más de acuerdo con el discurso dominante en la literatura internacional".

(Perdiguero, Comelles y Martínez-Hernáez)

(2014:226-227)

Cabe destacar sin duda alguna el primer trabajo etnográfico sobre uso de drogas en España de Oriol Romaní "A tumba abierta, Autobiografía de un grifota" (1983) quién inauguró brillantemente la escena etnográfica de drogas con el minucioso relato sobre un personaje de la Barcelona del

tardío franquismo. Su etnografía simbolizaba y simboliza todavía el cambio de una sociedad tradicional hacia una sociedad moderna, la aparición de la contracultura y de la cultura del cannabis (de la prehistoria de la cultura del cannabis según el mismo autor) y de un retrato del contexto en que la lucha social por la consecución de derechos sociales arrebatados por la dictadura se entremezclaba con nuevos estilos y hábitos de vida relacionados en muchos casos con el rol que jugaba el uso de drogas, hecho que Romaní captó sensiblemente. Esta obra forma parte de la tesis doctoral del mismo autor "Droga y subcultura: una historia cultural del haix a Barcelona, 1960-1980" publicada en 1982.

Posteriormente, la irrupción de la heroína en España y la epidemia de VIH a ella asociada, acuciaron la emergente necesidad de estudiar los colectivos de usuarios de heroína para intentar comprender la naturaleza del fenómeno y poder diseñar intervenciones efectivas para frenar los daños relacionados. Las dificultades que las ciencias de la salud evidenciaron para obtener información confiable y estratégica respecto a varios problemas de salud relacionados en particular con las adicciones, homicidios, suicidios, sida y violencia entre otros, durante la década de los setenta, evidenció la crisis de eficacia del saber biomédico (Menéndez, 2005). Así pues la antropología se vio como una ciencia efectiva para ello, y confirmó el fracaso y la ineficiencia de otras ciencias respecto a este campo de intervención.

En esta línea podemos destacar los estudios de, Funes y Romaní (1985); Comas (1988), Rodríguez Cabrero (1988), Romaní et al., (1989), Gamella (1990), Romaní et al. (1992), Gamella y Meneses (1993), Gamella (1994) y Pallarès (1996), sobre la heroína en España en los 80. Estos estudios marcaron una tendencia en que la etnografía, basada sobre todo en el estudio de historias de vida, desveló algunas de las teorías sobre la drogodependencia más allá de los postulados biologicistas. Desde Grup Igia (1984-2014) -sin duda una de las organizaciones no gubernamentales que más ha influenciado e incidido en España sobre el fenómeno de las drogas desde posiciones transdisicplinares y crítico constructivas- Romaní et

al., (1995) publicaron, "Los estudios sobre drogas en España en la década de los ochenta: hacia un modelo de interpretación" exhaustiva obra que profundiza sobre la los distintos enfoques metodológicos de aproximación al fenómeno de uso de drogas y reconstruye la historia de la respuesta institucional y científica delante de un fenómeno que se situaba como una de las primeras preocupaciones sociales de la época. Siguiendo a Romaní (2004) podemos destacar también los estudios etnográficos sobre consumidores de drogas de Fernandes (1990, 1998) en Portugal o los estudios mejicanos sobre alcoholismo de Menéndez (1990, 1991) y Menéndez y Di Pardo (1996) . Desde la perspectiva de drogas y género destacan los estudios de Meneses (1993, 2001, 2002) y Romo (2001, 2010, 2011).

LOS 90 Y LOS ESTUDIOS SOBRE COCAÍNA

A nivel internacional investigaciones de tipo etnográfico y cualitativo sobre el estudio de los procesos relacionados con el uso de cocaína continuarán aportando datos críticos hacia el modelo de (consumidor/enfermo/delincuente) o disease model. Decorte (2000:11-16) presenta y describe la siguiente relación de estudios sobre uso de cocaína desde el ámbito social o comunitario, prestando especial atención al modelo teórico de uso de drogas controlado de Zinberg (1984) y Grund (1993).

Chitwood, D.D. and Morningstar, P.C. publicron en 1985 Factors with differentiate cocaine users in treatment from nontreatment users. Estudio realizado mediante entrevistas estructuradas durante 1980-81 en Miami a 95 personas que acababan de entrar en tratamiento por uso de cocaína como sustancia principal y 75 personas que utilizaban cocaína y no eran usuarios de servicios especializados.

Erickson, P.G. et al (1994) realizaron en Toronto dos investigaciones con el mismo nombre, el trabajo de campo de la primera se llevó a cabo en 1983 y la segunda en 1989-90. The steel Drug. Cocaine and crack in perspective. El primer estudio caracterizó, entrevistas en profundidad, a

111 personas que habían presentado demanda de tratamiento o hubiesen tenido problemas con la justicia mediante entrevistas en profundidad. En la segunda fase el equipo de Erickson centró su atención en consumidores de cocaína activos que hubiesen transitado del consumo experimental a un uso más regular, entrevistando en profundidad a 100 personas que respondiesen a estas características. La investigación de Erickson cuestionó seriamente los estereotipos diseminados por los medios de comunicación y del discurso oficial sobre drogas, el de que la cocaína era inevitablemente adictiva y que una vez en contacto con la misma era imposible salir sin ayuda terapéutica o profesional.

Mugford and Cohen (1989,1994) Recreational cocaine use in three Australian cities (1994), y Drug use, social relations and commodity consumption: a study of recreational cocaine users in Sydney, Camberra and Melbourne (1989). Ambos estudios buscaban describir las características distintivas de consumidores de cocaína que no tenían demanda de tratamiento ni problemas con la justicia en una muestra de 73 personas utilizando entrevistas en profundidad y cuestionarios de auto administración.

Waldorf, D., Reinarman, C. and Murphy, S. (1991) realizaron una investigación en San Francisco llamada Cocaine changes. The experience of using an quitting. Entrevistaron en profundidad y realizaron historias de vida durante dos años a 267 personas que usaban cocaína, entre los cuales había 106 que lo habían dejado.

Como ejemplo de uno de sus hallazgos importantes, pero también en común con los diferentes estudios descritos aquí fue la identificación de un gran número de personas que eran capaces de llevar a cabo una larga carrera de consumo controlado de cocaína a lo largo de sus vidas:

"Cocaine is an alluring drug. It has many uses. It has become widely available. For all of these reasons users often escalate their doses. But approximately half of our subjects sustained a controlled use pattern for periods ranging from a year or two to a decade. Our definition of "controlled use" is a pattern in which users do not ingest more

than they want to and which does not result in any dysfunction in the roles and responsibilities of daily life."

> (Waldorf, Reinarman y Murphy, 1991:265) en (Page y Singer, 2010:63).

En la misma linea, Cohen, P. and Sas, A. (1989) publican *Cocaine use in Amsterdam in non-deviant subcultures*. El objetivo principal de esta investigación realizada en 1987 fue el de describir los patrones, características y mecanismos para controlar el consumo de cocaína de una población de 167 personas no relacionadas con el consumo problemático mediante entrevistas en profundidad semi estructuradas.

El Scottish Cocaine Research Group (1993) realizó en 1989-90 una investigación denominada: A very greedy sort of drug: portraits of Scottish cocaine users, realizando una búsqueda de diferentes patrones de consumo, el consumo más impulsivo caracterizado por los consumidores de crack norteamericanos y el de los consumidores de baja intensidad esnifadores holandeses, en una muestra de 133 personas y utilizando una versión del cuestionario semiestructurado de Cohen (1989).

Bieleman, B., Díaz, A., Merlo, G. y Kaplan, Ch.D. (1993) compilaron una serie de estudios paralelos y comparativos entre tres ciudades europeas financiado por la Unión Europea, una investigación sobre naturaleza y extensión del uso de cocaína en Europa, Lines across Europe entre tres ciudades europeas (Turín, Barcelona y Roterdam). Este estudio de grandes dimensiones combinaba la metodología cualitativa (entrevistas semi estructuradas, observación participante) con técnicas cuantitativas de muestreo. En Turín se denominó, Network of powder. Research report on the cocaine use in Turín, (Merlo, G, Borazzo, F., Moreggia, U., y Terzi, U., 1992). En Barcelona. ¿Las Líneas del éxito? Un estudio de la naturaleza y extensión del consumo de cocaína en Barcelona por Díaz, A., Barruti, M. y Doncel, C. (1992) y en Rótterdam, In grote lijnen. Een onderzoek naar aard en omvang van cocaïnegerbruik in Rotterdam, (En líneas generales. Una investigación sobre la naturaleza y el alcance de del consumo de cocaína

en Rótterdam), por Bieleman, B. and de Bie, E. (1992). El vasto estudio europeo describe con gran detalle las distintas formas de administración de la sustancia así como las diferentes tipologías de consumidores:

"No other drug shows a greater diversity in the ways of self-administration. Cocaine is sniffed, smoked, injected, smeared on gums or genitals, or swallowed. Sniffing is the most widespread method. Many people use cocaine in more than one way. The way in which the drug is taken will largely determine its effect. There is a strong correlation between frequency of use and the amount taken. It is possible to identify two broad categories. On the one hand there is sniffing, in which the effects are generally mild and the cocaine is used socially, generally sporadically, in small quantities. On the other hand there is basing and injecting which usually produce sharp short term effects. The user immediately wants more cocaine. In such cases, cocaine is often taken daily and in large quantities. It is particularly in relation to these latter ways that we speak of compulsive cocaine consumption. Basing and injecting are the ways normally employed by opiate users".

Bieleman, B., Díaz, A., Merlo, G., Kaplan, Ch.D.

(1993)

Cohen, P. and Sas, A. (1993) publican Ten years of cocaine. A follow-up study of 64 cocaine users in Amsterdam. Partiendo de su primera investigación realizada en 1987, contactan en 1991 con 64 consumidores que habían sido entrevistados anteriormente. La intención era estudiar los distintos patrones de uso y su desarrollo para detectar si habían desarrollado problemas relacionados con el consumo. Los mismos autores publican en 1995, Cocaine use in Ámsterdam II. Initiation and patterns of use after 1986. Partiendo también de su estudio inicial en 1987, el objetivo principal de éste fue averiguar si la cocaína había mantenido su atractivo para el mismo tipo de personas o si la información y "publicidad" que había cambiado acerca de esta sustancia había también modificado tanto el tipo de usuarios y sus patrones de uso.

En 1995 bajo la presión de mucho países de la ONU y la creciente alarma generada por el incremento y expansión del consumo de cocaína en el mundo, se llevó a cabo el mayor estudio cualitativo sobre uso de cocaína jamás visto, pero los resultados del mismo fueron negados y desterrados por la ONU por no ofrecer una contundente respuesta que confirmase la necesidad de continuar tratando este fenómeno desde la perspectiva prohibicionista y fiscalizadora (Llort y Martínez Oró, 2015).

Investigadores desde las Ciencias Sociales como Bourgois, 1995; Sepúlveda, 1997; Díaz, 1998; Decorte, 2000, Epele, 2007; Decorte y Muys, 2010; Reynaud-Maurupt y Hoareau, 2010, han continuado estudiando el fenómeno obteniendo resultados similares a los de Cocaine Project y los anteriores citados aguí. Consecuentemente y por otro lado autores como, Grund, Kaplan y de Vries 2004; Vargas, 2008, Martínez Oró, 2014 o Zuffa, 2014 plantean a partir de sus investigaciones modelos basados en la normalización del consumo, la autorregulación de los propios usuarios y un escenario legitimo para la regulación legal del fenómeno, en un marco de innovación dentro del paradigma de la reducción de daños y riesgos y de crítica al paradigma de la enfermedad (disease model) como explicación del consumo.

Es evidente la imposibilidad de enumerar y comentar la totalidad de estudios etnográficos sobre uso de drogas en occidente, pero espero que este texto pueda por lo menos ilustrar algunos de los más importantes, al mismo tiempo que reivindicar la importancia de la disciplina etnográfica para este propósito.

BIBLIOGRAFÍA

Becker, H. S. (1953). Becoming a marijuana user. American Journal of Sociology 59:235-242.

Bess, B., Janus, S. and Rifkin, a. (1972). Factors in Successful Narcotics Renunciation. American Journal of Psychiatry 128:861-865.

Bieleman, B, and DeBie, E. (1992). In grote lijnen. Een onderzoek naar aard en omvang van

cocaïnegerbruik in Rótterdam. Groningen-Rotterdam: Intraval.

Bieleman, B., Díaz, A., Merlo, G. & Kaplan Ch. D. (1993). Lines across Europe. Nature and extent of Cocaine use in Barcelona, Rotterdam and Turin. Amsterdam: Swts & Zeitlinger.

Biernacki, P. (1986). Pathways from heroin addiction: recovery without treatment. Philadelphia: Temple University Press.

Blumer, H., Sutter, A., Ahmed, S. and Smith, R. (1967). The world of youthful drug use. Add Center Project Final Report. Berkeley: University of California, School of Criminology.

Bourgois, Ph. (1995). In search of respect. Selling crack in el Barrio. New York: Cambridge University Press.

Brill, L. (1972). The De-Addiction Process. Springfield: Charles C. Thomas.

Bullington, B. (1977). Heroine use in the barrio. Lexington: Lexington Books, D.C. Heath.

Campero, J., C; Vargas, R. y Vergara, E. (2013). De la represión a la regulación: Una propuesta latinoamericana para la reforma de las políticas de drogas. Perspectivas nº2/2013.

Cavan, S. (1972). Hippies on the Haight. St. Louis: New Critics Press.

Carey, J.T. and Mandel, J.A. (1968). A San Francisco Bay area speed scene. Journal of Health and Social Behavior, 9:164-174.

Cleckner, P.J. (1976). Blowing some lines: Intracultural variation among Miami cocaine users. Journal of psychedelic drugs, 8:37-42.

Cleckner, P.J. (1976). Dope is the get high: A preliminary analysis of intracultural variation in drug categories among heavy drug users and dealers. Addictive diseases, 2:537-552.

Cleckner, P.J. (1977). Cognitive and rituals aspects of drug use among young black urban males. In: DuToit, B.M., (ed.) Drugs, Rituals and altered states of consciousness. Rotterdam: A.A: Balkema.

Cohen, P. and Sas, A. (1989). Cocaine use in Amsterdam in non-deviant subcultures en http://www.cedro-uva.org/lib/cohen.cocaine.pdf

(Consultado por útlima vez el 10/12/2015).

Cohen, P. & Sas, A. (1993). Ten years of cocaine. A follow-up study of 64 cocaine users in Amsterdam. Amsterdam: Department of Human Geography, University of Amsterdam.

Cohen, P. and Sas, A. (1995). Cocaine use in Amsterdam II. Initiation and patterns of use after 1986. Amsterdam: Instituut voor sociale geografie, Universiteit van Amsterdam.

Coleman, J. (1978). A Theory of Narcotics Abstinence. Paper presented at the annual meeting of the Society for the study of social problems. San Francisco.

Comas, D. (1985). El uso de las drogas en la juventud. Madrid: Instituto de la Juventud.

Dai, B. (1937). Opium addiction in Chicago. Montclair, NJ: Patterson Smith.

Decorte, T. (2000). The Taming of Cocaine. Brussels: VUB University Press.

Decorte, T. & Muys, M. (2010). Tipping the balance. A longitudinal study of percieved "pleasures" and "pains" of cocaine use. En T. Decorte & J. Fountain (eds.) Pleasure, Pain and Profit (35-54) Lengerich: Pabst, Wolfgang Science.

Díaz, A., Barruti, M. & Doncel, C. (1992). Les línies de l'èxit? Naturalesa i extensió del consum de cocaïna a Barcelona. Barcelona: Ajuntament de Barcelona. Drogodependencias. Barcelona: FAD y Pla d'Acció sobre drogues de Barcelona.

Díaz, A. (1998). Hoja, pasta, polvo, roca. El consumo de los derivados de la coca. Bellaterra: Servei de Publicacions de la UAB.

Erikson, P.G., Adalf, E.M., Smart, R.G., y Murray, G.F. (1994). The Steel Drug. Cocaine and crack in perspective. New York: Lexington Books.

Epele, M. (2007). La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras del acceso al sistema de salud. Cuadernos de Antropología Social, 25, 151-168.

Ettore, B. (1985). Psychotropics, passivity and the pharmaceutical industry. In A. Henman, R. Lewis & Malyon (eds) with B. Ettore & L. O'Bryan, Big Deal: The Politics of the Illicit Drug Business. London: Pluto.

Ettore, E. (1992) Women and Substance Use. London: Macmillan.

Etorre, E. (2004). Revisioning women and drug use: gender sensitivity, embodiment and reducing harm. International Journal of Drug Policy 15, 327–335.

Feldman, H.W. (1968). Ideological supports to becoming and remaining a heroin addict. Journal of Health and Social Behavior, 9:131-139.

Fernandes, L. (1990). Os pós modernos ou cidade, o sector juvenil e as drogas. Porto Facultade Psicologia e Ciencias Educação Univ. Porto.

Fernandes, L. (1998). O sítio das drogas. Etnografía das drogas numa periferia urbana. Lisboa: Notícias Ed.

Finestone, H. (1957). Cats, kicks and color. Social Problems 5 (I): 3-13.

Funes, J. y Romaní, O. (1985). Dejar la heroína. Madrid: Cruz Roja.

Gamella, Juan (1991). La lógica de lo endovenoso. Claves para la razón práctica, nº118, 72-78.

Gamella, Juan F. (2008). La historia de Julián. Memorias de heroína y delincuencia. Madrid: Editorial Popular. Original 1990.

Gamella, Juan F. & Meneses, Carmen (1993). Estrategias etnográficas en el estudio de poblaciones ocultas: censo intensivo de los heroínomanos de cuatro barrios de Madrid, en VV.AA., Las drogodependencias: perspectivas sociológicas actuales, 293-323.

Gould, L., Walter, A.L., Lansing, E., and Lidz, C.E. (1974). Connections: Notes from the heroine world. New Heaven: Yale University Press.

Grund, J.P. (1993). Drug use as a social ritual. Functionality, symbolism and determinants of self-regulation. Rotterdam: Instituut voor Verslavingsonderzoek. http://www.drugtext.org/library/books/grund01/grundcon.html

Grund, J.P., Kaplan, C.H. & DeVries, M. (2004). Rituales de Regulación: El consumo controlado e incontrolado de las drogas en el marco natural. En Heather, N; Wodak, A; Nadelman, Ethan; O'Gare, Pat (eds.), La cultura de drogas en la sociedad del riesgo. Barcelona: Publicaciones Grup Igia. Original 1994.

Hanson, B., Beschner, G., Walters, J. and Bovelle, E. (1985). Life with heroin. Lexingtone: Lexington Books.

Hughes, P.H. (1977). Behind the Wall of respect: Community experiments in heroin addiction control. Chicago: University of Chicago Press.

Hughes, P.H. and Crawford, G.A. (1972). A contagious disease model for researching and intervening in heroin approach, Addictive Diseases, 2:149-155.

James, J. (1976). Prostitution and addiction: An interdisciplinary approach. Addictive Diseases, 2:601-618.

James, J (1977). Ethnography and social problems. In: Weppner, R.S., (ed.) Street Ethnography. Los Angeles: Sage.

La Barre, W. (1975). The peyote cult. Handen, CT: Archon Books. Original 1938.

Lindesmith, A. R. (1968). Addiction and Opiates. Chicago: Aldine Publishing Company.

Llort, A. & Martínez-Oró, D. P. (2015). Contextos sociales y consumo de los derivados de la coca: el ocaso del prohibicionismo en VVAA Roadmaps to regulation Report, Information needed. Oxford: Beckley Foundation. En prensa.

Lowie, R. (1983). The Crow Indians. Lincoln, NE: University of Nebraska Press.

Mac Hill Hughes, H. (ed.) (1971) The fantastic lodge. The autobiography of a girl drug addict. Greenwich: Fawcett Publications.

Martínez Oró, D. P. (2013). Sense passar-se de la ratlla. La normalizació del consums recreatius de drogues. Tesis doctoral. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona.

Menéndez, E.L. (1990). Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. México, D.F: Editorial Alianza

Mexicana. Consejo nacional para la Cultura y las Artes.

Menéndez, E.L. (ed.) (1991). Antropología el alcoholismo en Méjico. Los límites culturales de la economía política 1930-1979. México: Cuadernos de la Casa Chata 179.

Menéndez, E.L. y Pardo R.B. di (1996). De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización. México: CIESAS.

Meneses Falcón, MC. (2001). Mujer y heroína: un estudio antropológico de la heroinomanía femenina. Granada: Universidad de Granada.

Meneses Falcón, MC. (2002). De la morfina a la heroína: el consumo de drogas en las mujeres. Miscelánea Comillas; 60: 217-43.

Meneses Falcón, MC. (2001). Mujer y heroína: un estudio antropológico de la heroinomanía femenina. Granada: Universidad de Granada.

Merlo, G., Borazzo, F., Moreggia, U., and Terzi, M.G. (1992). Network of powder. Research reoprt on the cocaine use in Turin. Ufficio Coordinamento degli interventi per le Tossicodipendenze.

More, J., Cerea, L., Garcia, C., Garcia, R., and Valencia, F. (1974). Homeboys. Philadelphia: Temple University Press.

Morningstar, P.J. & Chitwood, D.D. (1982). Cocaine user subculture. Proceedings of the symposium on cocaine. New York: Narcotic and drug research, Inc. and New York State Division of substance abuse services.

Mugford, S.K. y Cohen, P. (1989). Drug use, social relations and commodity consumption: a study of recreational cocaine users in Sidney, Camberra and Melbourne. Report to research into Drug Abuse Advisory Committee, National campaign against drug abuse.

Oretti, Rossana & Gregory, Pim (2005). Women and injecting. En Pates, Richard, McBride, Andrew & Arnold, Karin (eds.), Injecting Illicit Drugs (59-68) Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

Page, B. y Singer, M. (2010). Comprehending Drug Use. Ethnographic research at the social margins.

New Brunswick, New Jersey and London. Rutgers University Press.

Pallarès, J. (1995). La dolça punxada de l'escorpí. Lleida: Pagès Editors.

Perdiguero, E., Comelles, J.M. y Martínez-Hernáez, A. (2015). Genealogía de la Antropología Médica en España. Cartografías. Revista de dialectología y tradiciones populares. Vol. LXX, nº1, pp, 205-233, enero-junio, 2015.

Plant, M. (1974). Assessing drugtaking as a problem: An English observation study. British Journal of Addiction, 71:155-159.

Preble, E., and J. J. Casey, Jr. (1969). Taking care of business: The heroin user's life on the street. International Journal of the Addictions 4(1): 1–24.

Preble, E. & Miller, T. (1977). Methadone, wine and welfare. In: Weppner, R.S., ed. Street Ethnography. Los Angeles Sage.

Reynaud-Maurupt, Catherine & Hoareau, Emmanuelle (2010). Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers "cachés". Paris: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.

Rodríguez Cabrero, G. (1988) La integración social de los drogodependientes. Madrid: PNSD.

Romaní, O. (1982). Droga y subcultura: una historia cultural del 'haix' a Barcelona, 1960-1980. Tesis doctoral. Publicada en 1982.

Romaní, O. (1983). A tumba abierta. Autobiografía de un grifota. Barcelona: Anagrama.

Romaní, O., Espinal, N. y Rovira, J. M. (1989). Presa de contacte amb els drogodepenents d'alt risc. (PCDAR). Barcelona: Institut Municipal de Salut.

Romaní, O. & Rimbau, C. (1992). Drogodependientes: circuitos informales y procesos de integración social. Barcelona: IRES.

Romaní, O., Baulenas, G., Borràs, T., Fernández, L. y Sánchez, E. (1995). Los estudios sobre drogas en España en la década de los ochenta: hacia un modelo de interpretación. Barcelona: Grup Igia.

Romaní, O. (2004). Las drogas. Sueños y Razones. Barcelona: Ariel. Original 1999.

Romo, N. (2001). Mujeres y drogas de sínetsi. Género, riesgo en la cultura del baile. Donosita: Gakoa.

Romo, N. (2010). La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas. Revista Española de Drogodependencias, 35 (3), 269-272.

Rosenbaum, M. (1973). The World and career of the woman heroin addict. San Francisco: Institute for scientific analysis.

Rosenbaum, M. (1981). Women on heroine. New Brunswick: Rutgers University Press.

Rosenbaum, M and Murphy, S. (1990). Women and addiction: process, treatment and outcome. NIDA Research Monograph, 98, 120-127.

Rubin, V. and Comitas, L. (1976). Ganja in Jamaica: A Medical Anthropology study of chronic Marijuana use. Scotch Plains: Mounton/MacFarland.

Sackman, B.S. (1976). Angela's Band: an ethnography of disciplined heroin users. Unpublished. Los Angeles: Bertram, S., Sackman Associates.

Schultes, R. E., and S. Von Reis. (1995). Ethnobotany: Evolution of discipline. Portland, OR: Dioscorides Press.

Sepúlveda, M. (1997). El silencio de los angustiados: contextos discursivos en el consumo de Pasta Base de Cocaína. En Hopenhayn, M. (Comp.) La grieta de las drogas. Desintegración social y políticas públicas en América Latina. Santiago de Chile: CEPAL.

Sutherland, E. (1956). The professional thief. Chicago: University of Chicago Press.

Taylor, A. (1993). Woman Drug Users. An ethnography of a female injecting community. New York. Oxford.

Waldorf, D., Murphy, S., Reinarman, C. and Joyce, B. (1977) Doing Coke: An ethnography of cocaine users and sellers. Monograph. Washington, D.C.: Drug Abuse Council.

Waldorf, D. (1980). A brief History of illicit-drug ethnographies. En V.V.A.A, Ethnography: A research tool for policymakers in the drug and alcohol fields. Rockville Maryland: NIDA.

Waldorf, D., Reinarman, C & Murphy, S. (1991). Cocaine Changes. Philadelphia: Temple University Press.

Zinberg, N. (1984). Drug, set and setting: The basis for controlled intoxicant use. New Haven: Yale University.

Zuffa, G. (2014). Cocaína. Hacia un modelo basado en la autorregulación. Nuevas tendencias en la reducción de daños. Serie reforma legislativa en materia de drogas. Ámsterdam: Transnacional Institute.

Reseña del informe 2014

"OBSERVATORIO
PROYECTO HOMBRE
SOBRE EL PERFIL
DE LAS PERSONAS
CON PROBLEMAS
DE ADICCIÓN EN
TRATAMIENTO"

Asociación Proyecto Hombre

Con la colaboración Plan Nacional sobre Drogas Obra Social La Caixa

Antonio Jesús Molina Fernández

Psicólogo. Director de centro y coordinador terapéutico. Asociación Dianova España



Esta publicación, presentada en junio de 2015, es una iniciativa de la Asociación Proyecto Hombre que nace de la necesitad de determinar las principales características psicosociales y sociodemográficas en los niveles nacional y regional de las personas atendidas por dicha organización asistencial. El equipo de investigadores del Observatorio analiza cada año desde 2012 los diferentes perfiles atendidos por dicha red en los centros repartidos por todo el territorio nacional. El equipo que realiza el informe está compuesto por investigadores de la propia asociación, apoyados por colaboradores externos procedentes del ámbito universitario.

Este trabajo, desde sus primeros pasos hace ya varios años, es el resultado sistemático de recoger abundante información y posteriormente evaluarla con diferentes finalidades: en opinión del equipo investigador se necesita relaizar este análisis de los datos para instaurar prioridades, establecer fórmulas de organización, mejorar la gestión, poder tomar decisiones oportunas, optimizar los tratamientos, realizar propuestas e incluso poder orientar a políticos, y sobre todo, avanzar en el diseño de intervenciones desde un modelo integral y comunitario, donde deben participar conjuntamente los usuarios y familiares.

En sus páginas encontramos diferentes resultados sobre los perfiles generales y específicos de las personas atendidas por la red Proyecto Hombre en toda España. Lo que se echa en falta de forma más perentoria es el análisis de la evolución de los datos desde el inicio del Informe: en este sentido, y al ser un observatorio joven en cuanto a historia, todavía no se han demostrado las tendencias de los resultados obtenidos. En las conclusiones el equipo investigador dice que sí prevé realizar dicho análisis para el Observatorio en años posteriores. En consecuencia, otro de los futuros retos de este Informe será pronosticar cómo evolucionarán durante esta década los actuales perfiles de personas con problemas de adicciones que demandan ayuda. Hace años, la mayor parte de las demandas por tratamiento eran a causa de la heroína; hoy día, como bien se expone en el estudio, encontramos diferentes grupos de usuarios: consumidores de alcohol, de cocaína, de cannabis, de opiáceos, policonsumidores.. pero también de alcohol y psicofármacos, de cocaína y alcohol, de nuevas sustancias psicoactivas... Es de destacar el esfuerzo en realizar análisis diferenciales por género y las diferencias por comunidades autónomas.

Como principales conclusiones del Informe se plantean establecer modelos de tratamiento integral, para conseguir una mayor individualización en los tratamientos, con planes de trabajo más adaptados a cada persona. Además, se propone intervenir de manera más intensiva en lo relativo a perspectiva de género, en relación con el fenómeno adictivo, así como mejorar los programas de inserción dirigidos a personas que consumen heroína o presentan un perfil de policonsumo, tratando de que desde el principio del proceso de tratamiento (en cuanto sea posible), se inserte el objetivo de que perciban formación reglada que contribuya en una mejor accesibilidad al empleo a la finalización del programa terapéutico.

Una iniciativa loable, que cuenta con la colaboración del Plan Nacional sobre Drogas y la Obra Social La Caixa. Esperemos que haya muchos más Observatorios de otras entidades y muchos más Informes del Observatorio de la APH. Para poder comparar, aprender y evolucionar.

HAN COLABORADO EN ESTE NÚMERO

DIEGO BARRAL TAFALLA

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Santiago de Compostela.

Especialista MIR en Farmacología Clínica y Psiquiatría.

Diploma Estudios Avanzados en Farmacología Universidad Autónoma de Barcelona.

Médico del Trabajo en la Sociedad de Prevención de Riesgos Laborales Ibermutuamur. Alicante. 2007-2008.

Investigador en la Fundación del Hospital Clínico San Carlos Madrid. 2008-2009.

Profesor Academia CTO de formación a Futuros Médicos MIR. 2011-2013.

Médico de Trabajo en la Sociedad de Prevención de Riesgos Laborales FREMAP. Las Palmas. 2014.

MARÍA VICTORIA SÁNCHEZ LÓPEZ

Psicóloga Clínica. Grupo Laberinto. Madrid. España.

MARÍA TERESA ROSIQUE SANZ

Psicóloga Clínica Interna Residente. Hospital Doctor Rodríguez Lafora. Madrid. España.

FÁTIMA BARRAL TAFALLA

Enfermera. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. España.

JUAN DE DIOS MOLINA MARTÍN

Psiquiatra. Doctor. Hospital Doctor Rodríguez Lafora. Madrid. España.

NURIA CRUZ CULEBRA

Farmacóloga Clínica. Doctora en Neurociencia. Universidad de Barcelona. España.

ESTHER CLAVER TURIÉGANO

Doctora en Psicología por la Universidad de Zaragoza.

Profesora de la Universidad de Zaragoza.

Terapeuta Familiar y Supervisora Docente por la FEATF.

Miembro del Grupo Consolidado de Investigación "La sociedad del Riesgo".

ANTONIO JESÚS MOLINA FERNÁNDEZ

Licenciado en Psicología (Universidad de Granada).

Director de centro y coordinador terapéutico. Asociación Dianova España.

Profesor de la Universidad Complutense de Madrid.

Tiene mas de 20 años de experiencia en el campo de trabajo, habiendo desempeñado como docente varios puestos, tales como formador, investigador y coordinador en centros de intervención.

Publicaciones:

- Dossier "Observatorio Proyecto Hombre sobre el Perfil del drogodependiente: informe 2012", Revista Proyecto, Septiembre 2013.
- "Programa de Prevención Juego de llaves: Manual del profesorado" (responsable de la publicación). APH&PNSD, Junio 2013.
- "Observatorio Proyecto Hombre sobre el Perfil del drogodependiente: informe 2012" (responsable de la publicación). APH&PNSD, Junio 2013.
- "Análisis de la relación entre Emoción y

consumo de drogas". Revista Proyecto, Mayo 2013.

- "Personas, emociones y adicciones: Más allá del cerebro". Revista Adicción y Ciencia, Enero 2013.
- "Cultura evaluativa en Proyecto Hombre". Revista Proyecto, ISSN 1136-3177 Enero 2013.
- "Alternativas de tratamiento en Centros Penitenciarios: Evaluación de los programas de rehabilitación de la Asociación Proyecto Hombre con pacientes internos en prisiones y con pacientes en cumplimiento extrapenitenciario". Revista Proyecto, ISSN 1136-3177 Enero 2013.

EVA GUTIERREZ

Licenciada en Psicología, especialidad de Psicología Clínica, por la Universidad Complutense de Madrid.

Licenciada en Antropología Social y Cultural, por la UNED.

Experto en Drogodependencias, por el Instituto Complutense de Drogodependencias.

Experto en Mediación, por la UNED.

Experto en Intervención Familiar en Contextos Sociosanitarios, por la Universidad Complutense de Madrid.

Curso de Dirección y Gestión de Centros de Servicios Sociales, homologado por Decreto 228/2003 CAM, por Docentium Formación y ASISPA.

E-THINKING FORMACIÓN: Autora-tutora del curso on-line "Análisis teórico, estrategias e implementación de la Reducción de Daños y Riesgos con personas drogodependientes".

DIVERSAS ORGANIZACIONES: Consultora social para organizaciones privadas y Administraciones Públicas: asesoramiento para organizaciones sociales en gestión y habilidades directivas, formación en gestión, en proyectos de intervención social y exclusión, y participación en investigación social.

PUBLICACIONES:

Coautora del libro "Mediación y Teoría" (2014), Editorial Dykinson. Colección Práctica de Mediación.

Capítulo titulado "El trabajo de calle para la reducción de daños. La experiencia de Menos Riesgos, Más Salud" del libro "Reducción de Daños. Lo aprendido de la Heroína", del Instituto Deusto de Drogodependencias de la Universidad de Deusto, Bilbao, 2009.

"Bola de Nieve: Guía para la formación de usuarios/as de drogas como agentes de salud", Edita Grupo GID y Subvencionada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004.

"Guía de orientación y apoyo a familiares de afectados por el VIH/sida", en el marco del programa para familiares de afectados por el VIH/sida desarrollado por el Plan Municipal sobre Drogas. Edita Ayuntamiento de Alcalá de Henares y subvencionada por la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2003.

JOANA CALERO PLAZA

Doctora en Psicología, Directora del Master Oficial de Educación y Rehabilitación en Conductas adictivas, Vicedecana del Grado de Educación Social de la Universidad Católica de Valencia, Vocal del comité de Prevención de Drogodepencias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana, Coordinadora de los proyectos de desarrollo socio comunitario para el Campus Capacitas de la Universidad Católica de Valencia.

ZARAY CABRERA GÓMEZ

Diplomada en educación social y trabajo social. Universidad Pablo Olavide Sevilla Master universitario en Educación y rehabilitación en conductas adictivas.

Trabajadora social en Cáritas Diocesana de Sevilla, en el centro AMIGO.

DAVID ROA

Diplomado en fisioterapia por la URJC de Madrid, termina su formación sanitaria con el Máster en osteopatía por la EOM y con el Máster en Dirección de Servicios Sociales por ESADE.socio comunitario para el Campus Capacitas de la Universidad Católica de Valencia.

Director del pionero centro de rehabilitación Vitalia Ferraz. Perfecto conocer del Método Hoffmann.

Formador internacional de equipos sociosanitarios en Brasil y México.

Tutor de fisioterapia en la URJC.

Creador de protocolos y programas de rehabilitación física en el área del senior y mayor.

ANTONIU LLORT

Trabajador social y antropólogo, desde 2005 desarrollando proyectos de salud colectiva y uso de drogas en el Servei d' Addiccions i Salut Mental del Hospital Universitari Sant Joan de Reus (Pla d'accions sobre Drogues) relacionados con políticas de reducción de daños y riesgos. Máster en Antropología Médica y Salud Internacional por la Universidad Rovira i Virgili (Tarragona), actualmente doctorando en el mismo departamento investigando sobre uso y abuso de cocaína.

Colaborador en instituciones como Grup Igia y Institut Genus y asociaciones de usuarios de drogas.



SI ESTÁS INTERESADO/A EN PARTICIPAR

Infonova Nº 30 / Primer semestre de 2016

Plazo para la recepción de colaboraciones: 10 de marzo de 2016.

GUÍA PARA AUTORES Y AUTORAS

REVISTA INFONOVA: revista profesional y académica sobre adicciones.

Es una publicación semestral editada por Asociación Dianova España, con el apoyo del Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España. La revista se edita en dos versiones, una en formato físico con distribución a nivel nacional y otra en formato digital accesible a través de la página web de nuestra entidad (www.dianova.es).

Esta publicación tiene como objetivo facilitar la difusión, entre la comunidad de profesionales e

investigadores que intervienen en el campo de las adicciones y aquellas personas que tengan interés en este ámbito de trabajo, de los últimos adelantos y estudios científicos que tengan relevancia en el campo de intervención, difundir buenas prácticas, identificar tendencias y posibilitar un espacio para el intercambio de conocimientos y experiencias donde puedan participar profesionales de diferentes campos: educativo, académico, profesional, social, sanitario, etc.

POLÍTICA EDITORIAL DE LA REVISTA

Los textos se solicita sean enviados por e-mail a infonova@dianova.es mediante fichero adjunto (documento elaborado en Microsoft Word).

Igualmente, todas las fotos, tablas y gráficos que se muestren en el documento serán enviados como archivos adjuntos independientes.

Los escritos deben tener entre cuatro mil (4.000) y seis mil (6.000) palabras, incluyendo las referencias bibliográficas y el resumen.

Todos los textos deben presentarse en papel DIN A4, en fuente Times New Roman 12 a espacio doble. Las páginas deben estar numeradas en orden consecutivo en la parte superior derecha.

Todos los escritos deben incluir el título en español y en inglés, centrado, en mayúsculas y negrita.

Debe an exarse un resumen del artículo en español

y en inglés, en cien (100) palabras máximo, y cinco (5) descriptores o palabras claves (en español y en inglés) con fines de clasificación.

Para las citas y las referencias bibliográficas Infonova se acoge a los estándares establecidos por la American Psychologist Associatión (APA).

Los autores deben anexar una síntesis de su currículum vitae (en hoja separada) en la que aparezcan los siguientes datos: nombres y apellidos completos, ciudad y país de nacimiento, títulos académicos con el nombre de la institución que los confirió, Institución donde trabaja, si es el caso; cargo que desempeña; cuatro (4) publicaciones máximo, si las tuviera; correo electrónico, dirección postal y si el artículo forma parte de una investigación formalizada institucionalmente, indicar el título del proyecto, fecha de inicio/terminación y entidad que los financia.



Centros de Asociación Dianova España



Comunidad terapéutica CT Dianova Can Parellada



Centro residencial de apoyo al tratamiento ambulatorio para drogodependientes con trastorno persistente CRATA Dianova Madrid



Centro residencial de cuidados para drogodependientes CRCD Dianova Madrid



Centro educativo terapéutico CET Dianova Santa Elena



Centro educativo terapéutico
CET Dianova Zandueta



Programa de protección internacional

PPI Dianova España



Centro de protección internacional
CPI Dianova Madrid



Centro de acogida humanitaria

CAH Dianova Madrid





AGRADECIMIENTOS

A la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

A las personas autoras y colaboradoras que han participado en este número.

A las personas empleadas, profesionales y voluntarias en los centros, programas, proyectos y servicios de Asociación Dianova España.

Y a todas las personas en tratamiento y sus familias.

Gracias por confiar en Asociación Dianova España.



LLÁMANOS, PODEMOS AYUDARTE



T. (+34) 91 468 87 65

dianova@dianova.es



www.dianova.es