ASOCIACIÓN DIANOVA ESPAÑA. PRIMER SEMESTRE 2021 / Nº 38

infonova

> revista profesional y académica sobre adicciones

Desafíos y oportunidades en el abordaje integral de las adicciones.

dianova

Financiado por:

Agencia Tributaria

Impuesto sobre Sociedades

ASOCIACIÓN
DIANOVA ESPAÑA

28028 Madrid
Tel.: +34 91 468 87 65
Fax: +34 91 468 87 87
dianova@dianova.es

Edición
Asociación Dianova España
Gibet Ramon

Fotografías
Fotografía de portada: Foto de NEOSiAM 2021 de Pexels

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

dianova

ÍNDICE

PRESENTACIÓN DEL NÚMERO 38 8

TRIPLE I.
ATENCIÓN INTEGRAL, INTEGRADA E INTEGRADORA 12

HOMBRES, USOS DE DROGAS, ADICCIONES Y PERSPECTIVA DE GÉNERO

Patricia Martínez Redondo y Fabián Luján Acevedo 16

VIOLENCIAS HACIA MUJERES Y COMUNIDADES LGTBIQ+ QUE USAN DROGAS. HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICAS DE DROGAS CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Jorgelina Di lorio y María Pía Pawlowicz 48

CHEMSEX E INTERVENCIÓN INTEGRAL. ABORDAJE DESDE LA PREVENCIÓN, EL TRATAMIENTO Y LA ATENCIÓN SOCIAL

Aldana Menéndez Ramírez, Jordi García Rodríguez, Laura Moreno Rozas 58

CREACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA MEDIR EL GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL DISEÑO Y EJECUCIÓN DE PROGRAMAS Y SERVICIOS DE ADICCIONES

Maite Tudela Marí y Gisela Hansen Rodríguez 78

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CORRELACIÓN CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA DE LOS/LAS ADOLESCENTES CON ADICCIÓN A INTERNET Y A LAS REDES SOCIALES VALORADOS EN EL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO DE COSTA RICA

Karla Fernández Mora y Antonio Molina Fernández 96

EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN BREVE EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO PARA PACIENTES CON CONSUMO DE RIESGO O DEPENDENCIA ALCOHÓLICA

Irene Matés, Montserrat Vacas y Ana Adan 116

UNA APROXIMACIÓN A LA RELACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y LAS ADICCIONES

Ricardo Pérez-Martín, Elena Cruz y Antoni Grau 136

ESTUDIO DIANOVA SOBRE LA REGULACIÓN Y LEGALIZACIÓN DEL USO TERAPÉUTICO Y RECREATIVO, LA ADICCIÓN Y EL RIESGO SOCIOSANITARIO DEL CANNABIS

Antonio Jeús Molina Fernández, Paula Medrano Chapinal y Pol Comellas Sáenz 150

EL IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LAS TENDENCIAS DE CONSUMO EN POBLACIÓN JOVEN Y ADAPTACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS: LA EXPERIENCIA DEL CET ZANDUETA

Diego Eguiluz, Isabel Ecay, Koldo Alberdi y Jana Senosiain 176

HAN COLABORADO EN ESTE NÚMERO 190

SI QUIERES PARTICIPAR 195

PRESENTACIÓN DEL NÚMERO 38.

DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES EN EL ABORDAJE INTEGRAL DE LAS ADICCIONES.

Las adicciones son un fenómeno complejo que debe analizarse desde el enfoque biopsicosocial y de salud pública, dando lugar a políticas públicas integrales que deriven en el diseño e implementación de programas en clave comunitaria.

Un abordaje integral no debería centrarse solo en las sustancias, también hay que contemplar las condiciones personales, sociales y culturales de vida de las personas a la hora de diseñar un itinerario de tratamiento individualizado. En el abordaje de los consumos problemáticos y las adicciones sin sustancias el enfoque integral es fundamental, dado que intervienen múltiples factores (clase social, género, salud mental, salud física, experiencias traumáticas, etnia, diversidad funcional, etc.) que impactan en como las personas inician sus consumos, como se adhieren (o no) a los itinerarios terapéuticos y como se recuperan.

Es por este motivo por lo que en el presente número de la revista Infonova se recogen diferentes artículos y experiencias que proponen un enfoque integral del abordaje de las adicciones, analizando diferentes ejes que interactúan de manera significativa con el proceso de la recuperación. La Red Iberoamericana de Organizaciones no Gubernamentales que trabajan en drogas y adicciones (RIOD) presenta el documento **Triple I: Atención integral, integrada e integradora**, donde se describe el modelo y se hace un repaso de la red de atención a las adicciones, proporcionando ejemplos y experiencias exitosas de dispositivos y servicios gestionados por las organizaciones vinculadas.

En cuanto al abordaje integral en clave de género, Patricia Martínez y Fabián Luján presentan **Hombres, usos de drogas, adicciones y perspectiva de género**, exponiendo los principales resultados del trabajo realizado junto a UNAD. Jorgelina di Iorio y María Pía Pawlowicz, con **Violencia hacia las mujeres y comunidad LGTBIQ+ que usan drogas. Hacia la construcción de políticas de drogas con perspectiva de género**, sitúan el foco en las consecuencias de las políticas de drogas en América Latina, destacando aspectos clave que deben ser considerados para promover acciones eficaces que incluyan perspectiva de género en el diseño de estrategias integrales de abordaje de los problemas vinculados a los usos de drogas. A continuación, Aldana Menéndez, Jordi García Rodríguez y Laura Moreno Rozas con el artículo **Chemsex e intervención integral: Abordaje desde la prevención, el tratamiento y la atención social** describen los diferentes programas de la entidad ABD para el abordaje del *chemsex* y la coordinación entre diferentes servicios y programas. Maite Tudela y Gisela Hansen describen la **Creación de un instrumento para medir el grado de implantación de la perspectiva de género en el diseño y ejecución de programas y servicios de adicciones**, basado en un trabajo de dos años con las entidades de la Federación Catalana de Drogodependencias y la Subdirección General de Drogodependencias de Cataluña.

Respecto a la dimensión del abordaje de las adicciones en entornos hospitalarios o en combinación con cuestiones de salud mental, Karla Fernández y Antonio Jesús Molina presentan **Características sociodemográficas y correlación con patología psiquiátrica de los adolescentes con adicción a internet y a las redes sociales valorados en el**

Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica. Irene Matés, Montserrat Vacas y Ana Adan con el artículo **Efectividad de una intervención breve en el ámbito hospitalario para pacientes con consumo de riesgo o dependencia alcohólica** estudian la efectividad de una intervención hospitalaria breve, basada en la entrevista motivacional. Y Ricardo Pérez-Martín, Elena Cruz y Antoni Grau hablan sobre **Una aproximación a los trastornos de conducta alimentaria y las adicciones**.

Antonio Jesús Molina Fernández, Paula Medrano Chapinal y Pol Comellas Sáenz en **Estudio Dianova sobre la regulación y legalización del uso terapéutico y recreativo, la adicción y el riesgo sociosanitario del cannabis** contextualizan el debate del cannabis, sus bases científicas, legales y políticas, así como las principales consecuencias tanto para la población general como para los principales grupos de riesgo. Diego Eguiluz, Isabel Ecay, Koldo Alberdi y Jana Senosiain describen los principales retos y desafíos de la adaptación de un programa residencial para menores con consumos problemáticos en contexto de Covid-19 con **El impacto de la pandemia en las tendencias de consumo en población joven y adaptación de los tratamientos: La experiencia del CET Zandueta**.

Esperamos que disfruten la lectura de este número y que cumpla el objetivo de ampliar la mirada de los abordajes de los usos problemáticos de sustancias y otras adicciones hacia intervenciones holísticas.

TRIPLE I. ATENCIÓN INTEGRAL, INTEGRADA E INTEGRADORA.

En RIOD defendemos que toda política pública relacionada con el tratamiento de las drogas y las adicciones debe basarse en los derechos humanos y partir del derecho a una atención sanitaria universal, en circunstancias de acceso equitativo y flexible. Las respuestas deben contemplarse primordialmente desde la óptica de la salud pública y colectiva.

El fenómeno de las drogas y las adicciones es multidimensional, no se puede limitar a una cuestión de lucha contra la oferta de sustancias codificadas como ilegales, lo que en la práctica ha supuesto una vulneración de derechos fundamentales a personas con problemas de consumos y a numerosas comunidades, con un impacto diferencial, además, en las mujeres. En materia de drogas y adicciones es indispensable reconocer que las causas son muy variadas y complejas, que afectan al ámbito personal, a la salud, pero que también es resultado de la interacción de factores sociales, económicos, culturales y de la relación de las personas con el entorno social.

Esto es lo que debe inspirar la creación o fortalecimiento de modelos de atención integrales, integrados e integradores en materia de drogas y adicciones, y este es el espíritu del Modelo de Atención Triple I que se desarrolla en la nueva publicación de la RIOD.

Partimos de la constatación de que queda mucho por hacer en este ámbito en Iberoamérica, no solo a nivel teórico, sino también en las políticas generales de los Estados, en las específicas sobre drogas y adicciones, en la forma como intervienen y conciben los servicios las organizaciones sociales, y en el fortalecimiento de una red de servicios que plasme los derechos que, como cualquier persona, deben tener las personas que consumen o tienen adicciones.

El Modelo de Atención Triple I se concibe como:

· **Integral:** se trata de realizar una atención en materia de drogas y adicciones guiada por el modelo biopsicosocial y educativo, para lo cual deben tratarse todas las esferas vitales de la persona (social, médica, psicológica, educativa). Para ello es imprescindible asegurar el principio de la atención centrada en la persona y la integración de los enfoques de género, derechos y generacional. Asimismo, la persona debe ser protagonista de su tratamiento y del itinerario que quiera seguir.

· **Integrador y comunitario:** reconoce la importancia de que la atención tenga una base comunitaria, trabajando desde la comunidad para que nadie se quede atrás y que las personas afectadas por las drogas o las adicciones logren la autonomía, el empoderamiento y las capacidades para su inclusión social y la participación plena en la comunidad, en su entorno familiar y social, con sus derechos y deberes garantizados.

· **Integrado:** todos los servicios y recursos deben estar articulados de tal manera que garanticen una intervención coordinada, complementaria, eficaz y eficiente, con protocolos comunes y servicios complementarios. La integración de servicios asegura la continuidad en las atenciones, la integralidad y la participación de la comunidad en los servicios y de los servicios en la comunidad.

Por todo ello, el Modelo Triple I solo puede materializarse a través de redes específicas y especializadas de atención a las adicciones, de titularidad pública y que se complementen con otras redes de atención sociales, médicas, educativas, legales, con organizaciones sociales o con las redes comunitarias, ya que no se trata de crear redes paralelas.

En la publicación hacemos un breve recorrido por los fundamentos teóricos relevantes para entender el Modelo de Atención Triple I. Hablar de salud pública y salud colectiva, de los determinantes sociales y su influencia en las adicciones, junto con un recorrido por la evolución de los modelos de atención empleados en el pasado, nos ayudan en conjunto a construir y comprender el Modelo de Atención Triple I.

Se describe el modelo y se hace un repaso de la red de atención a las adicciones, proporcionando ejemplos y experiencias exitosas de dispositivos y servicios gestionados por las organizaciones vinculadas a la RIOD, además de detenernos en estudiar el perfil de los equipos de atención, los itinerarios y cómo lograr una buena articulación entre los servicios.
Hay que invertir en mejorar la oferta y la cobertura que se ofrece, garantizando recursos financieros suficientes para proveer una atención de calidad y reconociendo el rol de la sociedad civil del ámbito de las drogas y las adicciones como un sector esencial.

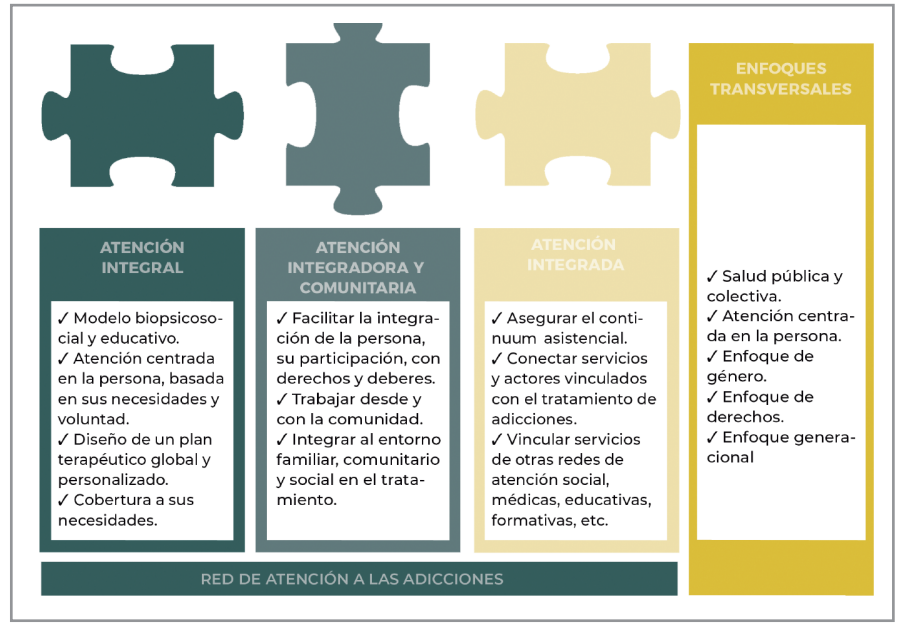
El manual finaliza con una herramienta de autodiagnóstico que ayuda a valorar el grado de inclusión de estas tres dimensiones en la atención ofrecida.

Introducir correctamente la propuesta del Modelo Triple I en las políticas públicas sobre drogas y adicciones pasaría por desarrollar modelos de gobernanza compartida, basada en la cooperación, la complementariedad y corresponsabilidad entre actores y entre redes de atención. De esta manera se pueden evitar duplicidades y reducir costes, pero a la vez subsanar esas necesidades de las personas consumidoras que no están cubiertas por otras redes asistenciales y solo parcialmente por las redes comunitarias.

De este modo, con esta publicación apelamos a la voluntad política. Aplicar el Modelo de Atención Triple I requiere pasar de un paradigma restrictivo, basado en la penalización social y legal del consumo de drogas, a uno más abierto, que garantice los derechos de las personas que consumen drogas o tienen adicciones.

El modelo no nace con vocación definitiva; es más, aspira a ser revisado, debatido y ajustado según las necesidades y los contextos en los que se haya de ofrecer la atención, pero contiene conceptos e ideas básicas para conseguir la mejor atención en el ámbito de las drogas y las adicciones. La finalidad última es situar a los y las profesionales y cada uno de estos servicios dentro de lo que denominamos la red de atención a las adicciones, donde todas podamos poner las piezas al puzle del tratamiento y rehabilitación de las personas que solicitan nuestra ayuda y conseguir darles la atención más adecuada.

Esperamos que el trabajo desarrollado contribuya al fortalecimiento de las organizaciones y las administraciones que trabajan en drogas y adicciones en Iberoamérica.



HOMBRES, USOS DE DROGAS, ADICCIONES Y PERSPECTIVA DE GÉNERO.

MEN, DRUG USE, ADDICTIONS AND GENDER PERSPECTIVE.

Patricia Martínez Redondo

Antropóloga y Educadora Social, Máster en Estudios Interdisciplinares de Género.

Fabián Luján Acevedo

Licenciado en Sociología y Diplomado en "Estudios de la Violencia de Género".

RESUMEN

¿Cómo pensamos la masculinidad y a los hombres? Desde una mirada feminista, el texto se suma al proyecto de pensar las intervenciones con hombres para abordar las adicciones. Para ello integra, junto a los vínculos entre hombres y la relación consigo mismos, la relación de dominio y desequivalencia sobre las mujeres, aspecto que suele quedar olvidado en este tipo de trabajo. Se presentan así diferentes cualidades de la masculinidad relacionadas con los procesos de consumo y adicción. Está dirigido a profesionales motivadas/os en avanzar hacia la eliminación de las desigualdades y violencias de género en el ámbito de la salud.

PALABRAS CLAVE

Perspectiva de género, masculinidad, salud, adicciones, usos de drogas.

ABSTRACT

How do we think masculinity and men? From a feminist perspective, the text is in line with thinking about interventions with men to address addictions. To do so, this paper integrates, besides the relationship among men's, and the relationship with themselves, the relationship of dominance and mismatch over women, one aspect that often is forgotten in this type of work. In addition, different features of masculinity associated with drug use are discussed. This paper is aimed at professionals motivated to move towards the elimination of gender inequalities and violence in the field of health.

KEY WORDS

Gender perspective, masculinity, health, addictions, drug use.

INTRODUCCIÓN

Este documento recoge un resumen de lo abordado en el libro "Hombres y adicciones. Intervención desde la perspectiva de género", editado por UNAD en diciembre de 2020. Dicho libro pretende ser una herramienta profesional que contribuya a que quienes trabajamos con personas drogodependientes o con otro tipo de adicciones podamos emplear la perspectiva de género cuando trabajamos con hombres. Por lo tanto, recomendamos su lectura para una ampliación de lo expuesto en estas páginas.[1]

Nuestra propuesta, en tanto que está dirigida a profesionales con experiencia en el ámbito de las adicciones, no profundiza en el tratamiento de estas, sino en los aspectos relacionados con las cuestiones de género que inciden en el inicio, mantenimiento y cese de la conducta adictiva en hombres. Nuestra convicción es que la comprensión de estos aspectos y su inclusión en la práctica terapéutica resulta sumamente efectiva para el abordaje integral de aspectos subjetivos, sociales y relacionales de las adicciones.

Proponemos una miscelánea de reflexiones, claves metodológicas y ejercicios; herramientas que permiten acercarse a la masculinidad de una forma exploratoria y no definida bajo patrones metodológicos cerrados, de forma que nuestra acción promueva y acompañe la "auto indagación" en los hombres con los que trabajamos en adicciones desde perspectiva de género. También invitamos en el libro a indagar en nuestras propias vivencias, pues como profesionales estamos igualmente atravesadas/os por las relaciones de género desde nuestra infancia hasta el día de hoy. Nadie escapa a los prejuicios y creencias sexistas de la sociedad que habitamos. Nuestro pensamiento, creencias, emociones, nuestro imaginario, nuestra historia personal y nuestras prácticas cotidianas se van a plasmar de un modo u otro en las intervenciones que vayamos a desarrollar.

Por último, partimos de la idea de que las causas que subyacen al deseo de consumir drogas o poner en marcha otro tipo de conductas adictivas son múltiples y quizás ninguna teoría pueda abarcar todos los casos que nos encontramos en los grupos o en las consultas individuales.

Así pues, lo que proponemos pretende ser un aporte para pensar en nosotras y nosotros, en compañía de los hombres con los que trabajamos, y en cómo diferentes aspectos de la masculinidad pueden estar, junto con otros elementos, en la base del deseo de consumir drogas, de apostar o "echar en una tragaperras", así como en la dificultad para la abstinencia o su mantenimiento. Esta línea de pensamiento e intervención está principalmente concebida para el trabajo grupal en la prevención de recaídas, sin embargo, no es incompatible con el proceso previo de personas que no se

1 En ese libro se recoge la información obtenida en la investigación de carácter cualitativo y aplicado, realizada para UNAD: "Intervención con hombres en adicciones desde perspectiva de género" desarrollada en 2019, y financiada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Descarga del documento: https://www.unad.org/fichaBiblioteca.php?id=324&p=1&tb=&cb=0

encuentran en el estadio de mantenimiento según el esquema de Prochaska y DiClemente (1985), y pueden favorecerse de esta intervención, incluso, quienes están aún tratando de reducir el consumo o "dejar de jugar", sin haber llegado a su cese.

MARCO TEÓRICO

Definir una posición teórica y de análisis desde la que accionamos nuestra mirada conlleva definir nuestro "diagnóstico" de la realidad sobre la que actuamos. La propuesta que aquí articulamos integra todo un cuerpo teórico que hunde sus raíces en la Antropología, la Psicología, la Educación, los estudios sobre la Salud, etc., desde una perspectiva feminista que pone la atención en la construcción social de la diferencia y de la desequivalencia estructural entre hombres y mujeres.

Partimos de una primera idea que resulta central: es imposible hablar de "masculinidad" sin hablar del género como categoría de análisis relacional que conlleva intrínsecamente una jerarquía entre hombres y mujeres, así como de toda persona asimilada a lo femenino/las mujeres.

El sistema sexo / género (Rubin, 1975) nos revela el género como principio de organización social con un marcado carácter jerárquico entre lo masculino (asignado en nuestro simbólico a los hombres) y lo femenino (asignado en nuestro simbólico a las mujeres), y por tanto estableciendo una jerarquía entre hombres y mujeres.[2] Además, plantea que esa construcción de lo masculino y lo femenino en desequivalencia se inscribe en la subjetividad, genera identidad, reproduciéndose en las esferas más íntimas de la vida y la subjetividad de las personas, de forma que se naturaliza y se toma como realidad dada, invisibilizando los mecanismos culturales y sociales por los cuales se crea y performa (Butler, 1990; De Lauretis, 1989) y dificultando su modificación efectiva. Por tanto, cabe afirmar que el género es un principio de organización social que genera / se inscribe en la subjetividad e identidad. Es un concepto relacional, procesual y dinámico, estando su contenido -de lo que se entiende como 'masculino' y 'femenino'- en continua transformación, pero sus bases son: 1) la dicotomía 'hombre-mujer' fijada como algo natural y 2) que conlleva la subordinación y minusvaloración de lo asociado al género femenino-las mujeres. Así pues, el género actúa como fuerza de exclusión de las mujeres y lo asimilado a "lo femenino" frente a los hombres, tanto a nivel estructural como a nivel interpersonal. Por lo tanto, el género es una categoría de análisis social y psicológico aportada por las teorías feministas acerca del comportamiento humano, la identidad de las personas, las relaciones que establecen, el lugar que ocupan en el mundo, la organización social que se genera/se reproduce a partir de ello, etc.[3]

2 En el libro ampliamos estas nociones al efecto binarista y cis-sexista del género como categoría dicotómica y reificada.

3 Para una definición más amplia de estas nociones: Benería, 1987; Scott, 1987; Lamas, 1996; Maquieira, 2001; Fausto-Sterling, 2001.

Estas realidades producidas por el sistema sexo/género se sostienen y se reproducen a través del imaginario simbólico prevaleciente que es introyectado e incorporado por los sujetos sociales. El universo simbólico prevaleciente define lo que se considera normal (y lo que no lo es) social y subjetivamente, para hombres y mujeres. Son ideas, atribuciones, comportamientos, emociones, lenguajes, significados, elementos culturales, etc. que nos permiten interpretar el mundo, entenderlo e interaccionar en él, de forma que configura nuestra subjetividad y forma de entender lo que nos rodea.

Otra perspectiva presente en nuestro marco es la interseccionalidad. Es un término que sitúa la atención sobre el hecho de que hombres y mujeres no somos grupos homogéneos, ya que nos atraviesan otras categorías de estratificación social / subjetividad: clase socioeconómica, color de piel-procedencia, discapacidad/ diversidad funcional, orientación sexual, ser una persona trans, etc. La intersección de los distintos ejes de opresión y privilegio (Hill Collins, 1991) configuran la situación concreta para cada persona según sus circunstancias y contexto social e histórico, de forma que no podemos mirar o aislar uno solo de los ejes [4] (aunque sí observar los efectos concretos de cada uno de ellos en intersección).

De cara al trabajo en drogodependencias y otras adicciones nos será muy útil tener presente este concepto, ya que muchos de los hombres con los que trabajamos están atravesados por ejes que les colocan en un lugar subordinado, o al menos no de privilegio. Además, entender las distintas posiciones que ocupamos como sujetos en la sociedad nos será útil para abrir el foco frente a las resistencias masculinas para entender el lugar subordinado de las mujeres de sus vidas en relación a ellos.

PENSAR LA MASCULINIDAD

Existen diferentes maneras de pensar la masculinidad. Es importante que podamos comprender cómo pensamos esta cuestión, pues de la respuesta que demos a la pregunta ¿qué es la masculinidad?, o ¿cómo pensamos a los hombres?, resultará el abordaje práctico que se haga, o, dicho de otro modo, dependiendo de cómo comprendamos la masculinidad, así la abordaremos en la intervención con los hombres. Se pondrá así de manifiesto lo que se jerarquiza, lo que se pone en valor, así como los aspectos que quedan ocultos o no se valoran en torno a la temática del trabajo con los hombres.

Presentamos a continuación dos modos de entender la masculinidad que a día de hoy encontramos en distintos ámbitos de intervención con hombres.

4 Para una ampliación, acudir a las autoras de referencia, así como a sus antecedentes en el feminismo negro: Sojourneth Truth, Angela Davis, bell hooks, Audre Lorde, etc

PRIMER DIAGNÓSTICO O PROPUESTA: EL MODELO DE LOS MANDATOS DE GÉNERO Y SUS COSTOS PARA LOS HOMBRES

Actualmente es el hegemónico o el más extendido cuando se trata de trabajar con hombres. Desde esta propuesta, la masculinidad es pensada/ entendida desde los mandatos y la normativa de género asignada para los hombres, poniendo el foco de atención e intervención en los contenidos dados a la pregunta qué significa ser un hombre, en un determinado contexto político, histórico, geográfico y cultural.

Estos ideales del ser y atribuciones sociales siguen girando, en este diagnóstico, en torno a la misma serie de características que ya se describieron hace casi cuatro décadas.

- Ser poderoso y exitoso
- Ser duro y resistente
- Ser valiente y aguerrido
- No tener nada de mujer

Desde este modo de pensar y trabajar la masculinidad, el siguiente paso consiste en ver qué consecuencias ha tenido para los hombres el proceso de socialización para la virilidad, para ser un hombre. Es entonces cuando aparecen las “dificultades” y las “problemáticas” de la masculinidad: los llamados costos. Se parte de la premisa de que internalizar los mandatos de género les ha impedido desarrollar el área emocional en lo referente a la vulnerabilidad/tristeza, les dificulta el cuidado, les aboca a mayores riesgos, accidentes, suicidios y muerte prematura, etc., de forma que se entiende la masculinidad como un “factor de riesgo para la salud” de los hombres. Por tanto, los hombres serán concebidos como un grupo social vulnerable que sufre las consecuencias de la internalización de los mandatos de género.

En los últimos años, en el ámbito de la salud y las drogodependencias, el desarrollo de trabajos en torno a “la masculinidad como factor de riesgo para la salud” ha ido cobrando fuerza. Casi todas las publicaciones al respecto, señalan que el consumo de sustancias en los varones entronca directamente con las características que describíamos acerca de lo que un hombre es o debe ser, esto es, los mandatos de género.

Así, el trabajo con hombres se enfoca hacia la modificación de algunos roles y estereotipos, la ampliación de las emociones básicas, la adquisición de nuevas competencias emocionales, en abrir la posibilidad de mostrar vulnerabilidad entre hombres, en incorporar los autocuidados e incidir en el desarrollo de habilidades sociales para la resolución de conflictos sin el empleo de la agresividad/violencia. Este marco de intervención también suele hacer hincapié en la tolerancia hacia otras maneras de ser hombres, y se trabaja el bienestar y el buen trato entre hombres para asumir la diversidad y reducir la violencia entre ellos. Por último, esta propuesta se ha desarrollado ampliamente a través de la exploración/construcción de “las nuevas masculinidades” frente a una supuesta “masculinidad tradicional o hegemónica”.

Ahora nos preguntamos: dentro de este modelo, ¿dónde queda la importancia de la estructura social del género como principio de asimetría?, ¿cómo se abordan las relaciones de poder adscritas al género entre hombres y mujeres? Este modelo de entender y trabajar con hombres supone la desaparición/invisibilización de las mujeres y de la desigualdad social; oculta que la socialización masculina pasa por aprender desde muy pequeños que los hombres deben ocupar un lugar de reconocimiento, prestigio y privilegio frente a las mujeres. Por tanto, la propuesta que contiene este texto, novedosa en el ámbito de las adicciones, pretende ir más allá de reflexionar de una manera crítica en torno a los mandatos de género en relación con la salud de los hombres y sus procesos de adicción. Y esto es así, porque ese trabajo no implica incluir o incorporar la perspectiva de género.

El hecho es que para tener en cuenta la perspectiva de género debemos tener presente la crítica al sistema de relaciones y de organización social que se sustenta en la existencia misma del género, fundamentado en la dominación masculina de los hombres sobre las mujeres y, en otro orden diferente, de unos hombres sobre otros hombres.

SEGUNDO DIAGNÓSTICO O PROPUESTA: UNA POSICIÓN SOCIAL DE PRIVILEGIO FRENTE A LAS MUJERES

Se propone a continuación el segundo modo de pensar la masculinidad. En este caso la masculinidad sería una posición o lugar social. No influyen, al inicio, los mandatos masculinos en el proceso de socialización (pues llegan posteriormente), sino que esa posición deriva de la propia estructura social (sostenida y reproducida a través del imaginario simbólico prevaleciente) que precede a los individuos antes incluso de llegar al mundo. Ese niño recién nacido no sabe nada de la sociedad, ni tiene creencias de lo que es ser un hombre o una mujer, por ejemplo. Al nacer somos *tabula rasa*. Las ideas, significados, lo que se puede hacer o no, las limitaciones, las posibilidades de ser, etc. vendrán ofrecidas desde el afuera.

Para explicar este proceso, Luis Bonino ha construido una metáfora que puede ser útil para pensar la masculinidad y el trabajo con hombres en relación con la salud y las diferentes violencias. Bonino explica que, al nacer, a un niño se le entrega una tarjeta VIP. Él no sabe que la tiene ni ha hecho nada para merecerla. Es una entrega, a modo de regalo, de la sociedad actual, dada la estructura de desigualdad entre hombres y mujeres que aún persiste. Esto es, el niño será insertado en una posición social privilegiada con relación a las mujeres, accederá a un lugar simbólico dentro de nuestra sociedad por el mismo hecho de ser niño, chico, hombre.

Esta posición social de inicio en la vida de los hombres producirá la subjetividad masculina; se transformará en conocimiento situado desde el cual se observará la vida y se actuará en ella. Este lugar de estatus se convertirá en cuerpo, creencias, afectos y prácticas, con uno mismo, con otros hombres y con las mujeres. Si bien cada varón lo hará de forma diferente dependiendo de los

diversos avatares de sus vidas, lo hará siempre atravesado por la masculinidad como una posición social de privilegio.

Inés Jiménez para Martínez-Redondo y Luján-Acevedo (2020:37). Metáfora de la Tarjeta VIP. Adaptado del grupo de trabajo de Luis Bonino.

Desde este modelo se propone un acercamiento a los hombres en tanto que personas construidas desde el género, y el género nos habla de poder, de una posición dominante de los hombres sobre las mujeres, por lo que estamos ante una subjetividad organizada "a modo jerárquico dominante", como lo expresa Bonino, L. (2004). En definitiva, esto significa que cuando, como hombre, te colocan y te colocas en un lugar o posición social, aprendes a pensarte y a vivirte desde ahí, a generar vínculos con los y las demás desde esa posición.

Desde esta perspectiva, se entiende que los llamados "costes" para los hombres (la dureza emocional, las dificultades para ejercer el cuidado frente al hiperdesarrollo del empleo, los mayores riesgos, accidentes, suicidios y muerte prematura, etc.) son consecuencias directas de ocupar esa posición social de privilegio frente a la mujeres: el empleo, y no los cuidados, es lo que te da derechos en esta sociedad; no hacerse cargo de los cuidados implica no quedar en posición de dependencia económica; la racionalidad y frialdad emocional son cualidades valoradas y atribuidas socialmente a los hombres; etc.

Otra cuestión fundamental es que todo conocimiento de la realidad es situado y, sin embargo, los hombres tienen la prerrogativa de que su conocimiento se viva como neutral, objetivo; es la realidad, relación con uno mismo, y de relación con los y las demás.

Por tanto, la propuesta que se traslada aquí y que resulta central en el trabajo grupal con hombres (tanto en lo teórico como en lo que se refiere a los ejercicios prácticos), es mantener siempre presentes tres ejes fundamentales que se relacionan de forma dialéctica:

- La relación de los hombres con otros hombres, vínculos entre iguales.
- La relación de los hombres consigo mismos, el equilibrio interno en tanto que hombres.
- La relación de los hombres con las mujeres, vínculos con las no iguales.

Pasamos a explorar estos tres espacios y algunas de sus intersecciones que han aparecido en los talleres desarrollados con los hombres y que han formado parte del trabajo grupal. Son cuestiones que se han podido poner en relación con el inicio o con las recaídas en el consumo problemático de drogas u otro tipo de conductas adictivas como el juego de apuesta, por ejemplo.

Inés Jiménez para Martínez-Redondo y Luján-Acevedo (2020:38).

LA RELACIÓN DE LOS HOMBRES CON LOS HOMBRES, VÍNCULOS ENTRE IGUALES DENTRO DEL CLUB DE HOMBRES

Partimos de la idea de que el Club de Hombres está compuesto por iguales genéricamente hablando. Uno de los lugares de aprendizaje desde la infancia será el encuentro con los demás niños, jóvenes y hombres, de forma que el Club de Hombres se configura como un círculo de homosociabilidad, como un espacio masculino esencial para la adquisición de la "subjetividad organizada a modo jerárquico". Los niños ya en la infancia reciben el mensaje de que deben aprender a estar con los hombres, sus iguales, lo que implica necesariamente disociarse del mundo femenino. Esta disociación no es sólo una separación, sino que su contenido esencial conlleva un juicio de valor: el rechazo y el desprecio de lo femenino. La noción de pacto intragénero (Simón-Rodríguez, 1999) explica que los hombres se construyen reconociéndose como iguales frente a lo que no son, es decir, las mujeres, educándose además en dinámicas de competencia entre ellos por la mirada de reconocimiento masculina, la suya, la de sus iguales.

El Club también tiene sus códigos, sus normas y sus valores, y lo que se juegan los hombres allí es la ocupación de posiciones de prestigio o de posiciones devaluadas según se hayan incorporado las "reglas del juego". De esta manera, la violencia entre hombres puede ser entendida, justificada y legitimada por ellos en función de estos códigos, valores, reglas y normas. Desde la infancia y dentro del Club así como desde su imaginario, los niños van adquiriendo aprendizajes para inferiorizar, desigualar, discriminar, despreciar y segregar aquello que es "diferente". Será en el proceso de socialización donde se adquieran las herramientas para ello; herramientas cognitivas, afectivas y prácticas adquiridas observando y copiando lo que su entorno, inserto en el sistema sexo/género, le ofrece.

Los avatares de la vida de los hombres, y entre los hombres, implican la reproducción de la normativa de género masculina, el entrenamiento en las relaciones de fuerza para mantener el dominio y la consolidación de una subjetividad donde el estar o sentirse por arriba o por abajo es motivo de revisión cotidiana.

Esto implica poner en marcha, desde muy temprano, un entrenamiento para la estrategia posicional en los hombres (Thiers-Vidal, 2010) que favorecen las destrezas de: saber imponerse, saber maniobrar desde el oportunismo, saber moverse en la rivalidad y la competencia, saber usar el cuerpo y la fuerza mental como instrumentos para la disputa, saber manejar tanteos de desestabilización, saber gestionar lo que se muestra y se oculta de uno mismo en diferentes circunstancias, saber presentarse como verosímil y creíble en diferentes situaciones, saber participar de la misoginia social.

Que puedan comprender cómo el uso, y, posteriormente el abuso, de drogas ha podido jugar un papel importante en estos modos masculinos de relación entre iguales, será un objetivo de trabajo importante en los grupos de hombres.

EL GRUPO DE IGUALES COMO REFERENCIA DE COMPORTAMIENTO

Muchos de los hombres con los que se ha trabajado en los grupos mencionan o aluden a "los amigos" y la sensación de pertenencia que proveen, como factores precipitantes en el inicio de su consumo u otras adicciones (lo refieren tanto hombres con problemas de consumo como de ludopatía, por ejemplo). Al examinar las relaciones intragénero como venimos haciendo, se observa que el grupo de los hombres se rige por fuertes dinámicas de aceptación y rechazo en función de que se cumplan o no los ideales y mandatos de género, y de ahí se deriva que factores como la relación entre iguales o la presión grupal resulten determinantes en el consumo de sustancias de los varones.

Para evitar que los hombres que han pasado por el tratamiento vuelvan a espacios de relación con otros hombres con quienes se envuelven en sinergias negativas de salud que pueden precipitar nuevos consumos o recaídas, es necesario que en el tratamiento se indague en los aspectos relacionales de género y el simbólico que rodea las relaciones entre iguales en los espacios de homosociabilidad.

Del mismo modo que señalábamos que cuando un bebé nace ya hay en la sociedad una estructura social y simbólica que define lugares y estatus entre hombres y mujeres, también preexisten discursos y prácticas sociales sobre las drogas y las adicciones en el contexto de los hombres con los que trabajamos: ¿qué es lo que se pensaba de la droga, las adicciones, las personas consumidoras, etc. en su entorno, en su grupo de iguales? Se visibiliza así que las drogas (y otro tipo de conductas como el juego con dinero, las apuestas deportivas, etc.) funcionan como forma de relación entre chicos e integración en el grupo, y también como forma de demostración de "hombría".

Al trabajar las tensiones y conflictos que se pueden desarrollar en este ámbito, a los participantes de los grupos (y a los hombres en general) les resulta más fácil conectar y entender los malestares vividos y producidos dentro de las relaciones entre hombres, que sentir y saberse causantes de malestar y tensión entre las mujeres de sus vidas. Son más conscientes de lo que ocurre y les ocurre entre iguales que de las consecuencias que tienen sus prácticas en el grupo subordinado de las mujeres.

Añadimos, para finalizar este apartado, que una perspectiva centrada solo en los "mandatos y costes" y en la "masculinidad tradicional" como "factor de riesgo para la salud", obvia que, paralelamente, la masculinidad, en el marco del sistema sexo-género, es un factor de protección de la salud de los hombres en tanto que normalmente son receptores de cuidados por parte de las mujeres. De hecho, solo hay que ver el ejemplo en drogodependencias/adicciones: ellos, a la hora de pedir tratamiento, suelen recibir el apoyo de madres, hermanas, parejas, etc., mientras que ellas llegan normalmente con muchos menos apoyos y más solas en general. También aparecen muchos varones que se encuentran en situación de soledad y falta de apoyo, pero salvo excepciones y por otras circunstancias, estas soledades y faltas de apoyo provienen de una historia de vida donde son muchas

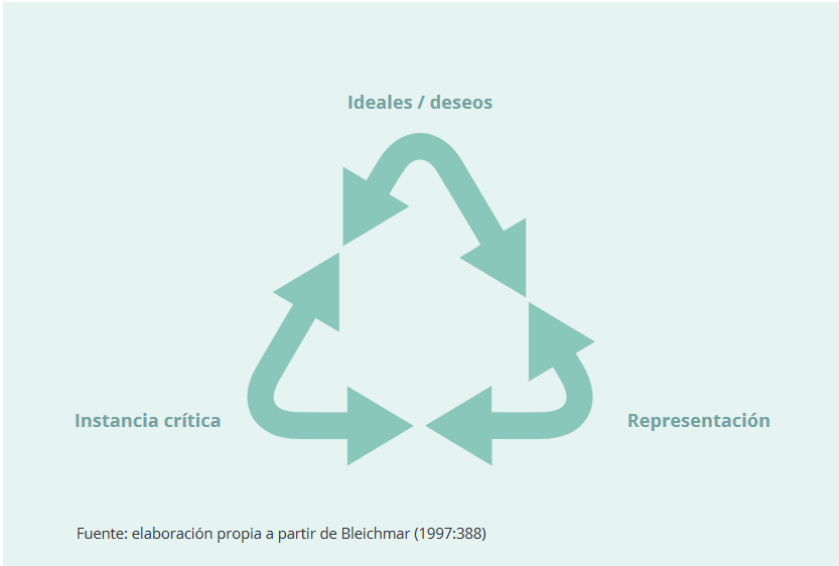
"las barcas que han quemado" en su proceso de drogodependencias y otras adicciones.

LA RELACIÓN DE LOS HOMBRES CONSIGO MISMOS, EL EQUILIBRIO INTERNO EN TANTO QUE HOMBRES

Poder contemplar y trabajar la relación de los hombres consigo mismos en procesos de adicción desvela muchos de los caminos de entrada al consumo de drogas y otras conductas adictivas, así como a las recaídas, en tanto que también provee pistas para dirigirse hacia el logro de un equilibrio que favorezca la motivación y la capacidad de recuperación ante las dificultades que tienen los hombres con los que trabajamos.

Ante los acontecimientos de mi vida, ante lo que hago, ante mis relaciones, ¿qué siento y pienso sobre mí? ¿Siento satisfacción o estoy a disgusto conmigo? Estas serían las preguntas, íntimas, de la experiencia de la autoestima. La autoestima masculina nace desde la pertenencia a un grupo social que es dominante, prestigioso y con poder. Esta situación va a tamizar la relación de los hombres consigo mismos y su autoestima.

Emplearemos un esquema de análisis propuesto por Bleichmar (1997), el 'Triángulo de balance narcisista', para pensar la interrelación que adoptan tres instancias psíquicas cuyo resultado dará cuenta de la satisfacción, o no, que se obtiene con uno mismo en un momento dado.



Inés Jiménez para Martínez-Redondo y Luján-Acevedo (2020:42). Basado en el "Triángulo de balance narcisista" (Bleichmar, 1997).

Como decíamos, este esquema presenta tres elementos o instancias psíquicas, que son: Ideales/Deseos, Representación e Instancia Crítica. Estos elementos no son fijos en el tiempo ni funcionan siempre con los mismos contenidos temáticos.

En el vértice superior se ubican los Ideales, los deseos, lo que se ambiciona, lo que se idealiza y se pretende obtener para uno mismo. Serán creencias y aspiraciones que estarán colocadas a diferentes niveles de magnificencia, más ajustadas a la realidad y recursos de la persona o ser ideales elevados o megalómanos.

¿Qué ideales, deseos, ambiciones y creencias promueve la masculinidad respecto al sí mismo? El autor Thiers-Vidal (2010) nos ayuda a pensar:

Sentirse, saberse y actuar:

- Desde la autonomía y la singularidad.
- Desde el dominio y el poder.
- Desde el control, tanto externo como interno.
- Desde el protagonismo, ser el centro de referencia.
- Desde los propios intereses, deseos y percepciones.
- Hacia el éxito y la importancia social (en cada colectivo de hombres y en cada momento tendrá contenidos diferentes).
- Desde la potencialidad; poder hacer, poder pensar y fantasear, poder rentabilizar, poder proyectarse en la realidad sin coacciones, sin límites ni bloqueos.
- Desde la autoconfianza.
- Desde el derecho a sentirse valorado, admirado y respetado.
- Desde un cuerpo con ventajas (con relación al cuerpo de las mujeres)
- Desde un cuerpo que es usado a modo de herramienta útil para uno mismo.
- Desde el rechazo, o incluso desde el desprecio a lo supuestamente femenino (cada colectivo de hombres y cada momento pondrá contenidos diferentes a estos).
- Sin que invadan emociones que dificulten la acción que se desea realizar.
- Desde la idea del coraje, el heroísmo y la resistencia como valores masculinos.
- Desde la posibilidad del uso de la violencia, la lucha y la competitividad.
- Desde la legitimación para la evasión, el placer, el juego y el bienestar propios.
- Desde la Inteligencia y la razón, con la capacidad, por tanto, de poder definir la realidad.
- Desde una moral acorde a uno mismo y con posibilidad de cambiarla según los propios intereses.
- Desde la no responsabilización de los cuidados, desde la despreocupación, desde la no obligación de rendir cuentas respecto de multitud de aspectos de la vida.
- En un mundo que se adecúa a uno mismo, sabiéndose privilegiado en muchos ámbitos de la vida.
- Desde la responsabilidad de ser el proveedor económico más importante.
- Como protector de lo propio.

Todos los ideales, sentires y prácticas tienen su reverso. Esto es, si uno desea algo, puede aparecer la angustia y el temor a sentirse, saberse y actuar de/desde lo contrario. Ese temor, en conjugación con otros elementos que se describirán a continuación, podrán generar sentimientos

que lleguen a producir un sufrimiento psíquico que, a su vez, podría conducir al consumo de drogas, practicar otras conductas adictivas o recaer.

Antes de pasar a los otros vértices del triángulo, se puede observar que estas temáticas masculinas tienen un carácter altamente narcisista. Son ideales, creencias y prácticas "autocentradas".

Es importante hacer notar, igualmente, que los ideales de cuidado, de evitación del sufrimiento a/de otros, de hacer cómoda la vida a/de las demás personas y/o la de generar bienestar alrededor de uno mismo, no están incluidos en esos ideales de la masculinidad que hemos nombrado.

El vértice inferior derecho del triángulo equivale a la Representación que se tiene de uno mismo respecto de los ideales o ambiciones con los que uno desea identificarse. Se trata de una autoobservación, autoevaluación y vigilancia de uno mismo con respecto a los contenidos del vértice superior. Esta vigilancia que se activa dentro de cada persona se verá incrementada en aquellas facetas en las que el sujeto se sienta inseguro y con las que sienta que pueda recibir una crítica del exterior.

Esta representación de uno mismo en relación con los ideales/ambiciones va acompañada de un tercer elemento, que es la *Conciencia Crítica* y que ocuparía el otro vértice inferior en la figura. En ese vértice o instancia se tolerará la lejanía/cercanía respecto de las ambiciones e ideales que se tengan incorporados. Se puede tener una conciencia crítica más laxa o severa en función de los ideales, pero resulta recomendable saber que, en general, los hombres suelen ser muy estrictos, inflexibles y exigentes respecto a los ideales masculinos incorporados, como si se dijesen "debes cumplir siempre con tus ideales". Así, cada conducta será juzgada desde un "o eres o no eres", o desde un "todo o nada". O eres hombre o caes del lado de lo desvalorizado, esto es, de lo femenino. O eres un hombre o eres un maricón, o un niño o una mujer. Si no se es, aparecerán afectos circundantes como el de la depresión, la inferioridad, la impotencia, la angustia, etc.

Si en el balance que hace el sujeto de sí, resulta que cumple con los ideales en determinado momento, se aceptará con más tranquilidad o con más exaltación y euforia. Ambos lugares, tanto el de la depresión como el de la euforia, pueden dar paso a las recaídas, tal y como veremos más adelante en relación a los interjuegos del sufrimiento y del placer.

Cuando en el marco del tratamiento se examina la subjetividad de los hombres, es posible identificar qué aspectos tienen más internalizados o menos al ponerlos en relación con su autoestima, con sus procesos de toma de decisiones o con algunos mecanismos de reacción automatizados. En este caso resulta igualmente importante reflexionar con ellos en torno al sistema de género y cómo éste favorece sinergias en las que se les permite alardear del consumo o declararlo de una forma mucho más pública y normalizada.

Si examinamos los ideales de la masculinidad, podremos comprobar que están íntimamente relacionados con el consumo de sustancias y otras conductas

adictivas, y/o son compatibles con ello, mientras que no sucede así con los ideales de género femeninos. De hecho, ellas son sancionadas social y moralmente ante las mismas conductas, como mujeres.

Si ponemos el punto de atención en que el proceso de construcción de la masculinidad se fundamenta en continuos ejercicios de autoafirmación y "autocentramiento"- (hacer, lograr, centrarse en el objetivo, egoísmo, agresividad, etc.), entenderemos que, paradójicamente, el consumo puede configurarse como una actividad con sentido en sí misma / para sí mismos, independientemente de que su pareja o sus amigos/as consuman o no.

De hecho, es a partir de este esquema que podemos examinar varios elementos de la masculinidad directamente relacionados con el consumo de sustancias y el juego/apuestas, etc.

LA RELACIÓN DE LOS HOMBRES CON LAS DROGAS: INTERJUEGOS EN LA BÚSQUEDA DE UN ESTADO PLACENTERO/LA SALIDA DE UN ESTADO DE SUFRIMIENTO

Si bien el desarrollo de una adicción no deviene únicamente del placer que puedan proporcionar las drogas y no se orientan desde el deseo de obtener placer, muchos hombres relatan los primeros encuentros con la droga desde la dimensión placentera que proveen las mismas. Posteriormente, en el uso adictivo de las sustancias esta dimensión placentera va a perder relevancia, y se consume en mayor medida para evitar el malestar que genera la abstinencia (Ingelmo, Ramos, Méndez y González, 2000).

Analizar con ellos cómo representaban ese placer y qué les aportó esa gratificación puede tener valor de cara a la continuidad en el consumo y/o en las posibles y futuras recaídas, es decir: quizás en esas primeras experiencias de los hombres están, por ejemplo, ciertos deseos y fantasías de acceso a algún tipo de poder o de éxito sexual que con las drogas pudieron sentirse como reales o, incluso, se den permiso para actuarlo. Desde ahí ya dispondríamos de algunas pistas para trabajar las relaciones sexuales, por ejemplo. De hecho, incorporando la perspectiva de género a esa temática se podrían explorar cómo vivieron y viven estos hombres la sexualidad, cómo han sido sus relaciones sexuales con mujeres u otros hombres, las posibles violencias sexuales, etc. (este será un aspecto que abordaremos específicamente más adelante).

Detrás o junto a esta dimensión del placer en los primeros encuentros con las drogas, también se pueden intuir situaciones y representaciones de sufrimiento psíquico en relación con la temática que haya aparecido. Estos sufrimientos psíquicos acaso han seguido sin resolverse hasta la actualidad y pueden ser motivo de recaída cuando se reproducen o repiten situaciones del pasado o alusiones a ellas. Por seguir con el ejemplo de la sexualidad, es posible que aparezcan sentimientos de vergüenza en la "seducción", sentimientos de inferioridad por comparación con otros hombres de su

entorno, sentimientos de impotencia por no "dar la talla", etc.; elementos que surgen desde el consumo, pero se relacionan con la masculinidad, afectándose ambos de forma bidireccional.

ACERCA DEL PERMISO PARA EL PLACER EN LOS HOMBRES

En este interjuego que hemos comentado en el que se funde la función placentera de la droga con su función para disminuir el dolor, queda claro que los hombres con los que trabajamos han usado las drogas como modo de aliviar sufrimientos y desplazarse hacia estados evitativos y/o placenteros.

Aun así, no podemos perder de vista cómo en la construcción de la subjetividad masculina la comodidad y el placer son elementos vividos y asumidos como un derecho, muchas veces a costa de las personas de alrededor. Aquí se nos abre otra nueva hipótesis a explorar. Si la droga produce un estado de placer, es posible que se considere como aspecto inherente a lo masculino esa búsqueda de placer en sí mismo y para sí mismo. Se trata de experimentar y otorgarse como hombre el permiso interno para la búsqueda de placer, o para acompañar a otro placer ya existente, o para incrementar el placer que se está sintiendo. Este permiso interno que los hombres se conceden para el placer puede constituirse como un factor precipitante o de riesgo para las recaídas, por lo que habrá que investigar y analizar junto con ellos esas situaciones, que por otro lado pueden ser muy variadas, como el encuentro con viejos amigos, una próxima o posible relación sexual, que mi equipo de fútbol haya ganado un partido, que he ascendido en el trabajo, que ha nacido mi hija, o simplemente que me aburro y no sé qué hacer.

En estos casos de búsqueda de placer en sí mismo y para uno mismo, es importante introducir una perspectiva ética, poniendo de relieve la tendencia constante de los hombres al "autocentramiento" y la autopercepción de la autonomía. De esta forma tendremos la posibilidad de trabajar sobre los modos egoístas en los que se construyen los hombres, que no reparan o tienen en cuenta las consecuencias dañinas de esa construcción sobre las personas que les rodean y les cuidan, principalmente mujeres, como ellos mismos suelen reconocer.

En resumen, creemos importante para los hombres con los que trabajamos que puedan comprender los diferentes interjuegos entre el placer y el displacer asociados al consumo de drogas (y que podemos ampliar a otras conductas adictivas), pues estas "gramáticas" posiblemente se conviertan en lugares de fijación que se repiten en sus vidas, aumentando así el riesgo de recaída cada vez que aparezca el dolor o se desee alcanzar un estado placentero.

CUANDO APARECE EL SUFRIMIENTO...¡A LA MIERDA CON TODO!

Aparece así otro elemento importante: en general, hablan de momentos donde se sienten incapaces de manejar la realidad (principalmente cuando deviene en malestar) que les toca vivir, conectan con los afectos de impotencia y la

carencia de recursos personales para afrontar determinadas situaciones. La manera de solucionar esta impotencia, en muchas ocasiones, será a través de la agresividad, expresada muchas veces con la frase: *"¡a la mierda con todo!"*, y que unida al deseo de consumir en situaciones concretas, se transforma en factor de riesgo para las recaídas.

La exploración de estas situaciones, en muchas ocasiones va a apuntar a la falta de manejo emocional en determinadas áreas de la vida, la ausencia de recursos relacionales y la baja tolerancia de los hombres al malestar y la frustración que pueden precipitar reacciones de huida de la realidad. El "a la mierda con todo" se podría pensar como una reacción a investigar con los hombres por su habitualidad, pues es una manera impulsiva y masculina de expresión ante los conflictos internos/externos, propulsora de recaídas y de otras acciones riesgosas para sí y para las personas que les rodean. Acciones que, en ese instante, estarán legitimadas y justificadas por los hombres y que pueden obedecer a un sostenimiento o defensa de la "hombría" cuando ésta se ponga en peligro.

Es importante ayudar a pensar estos momentos con los hombres, porque nos remite a momentos de duelo, de puesta de límites familiares, de enfados consigo o con otros y otras, etc. Son escenas en las que es importante revisar las representaciones de sí mismo, de las demás personas, las justificaciones y los permisos internos que se conceden para *mandar a la mierda todo*, presentándose a sí mismos como potentes, agresivos, con coraje para salir así de la impotencia, de la vergüenza, de la debilidad, etc.

EMPLEO Y DINERO

¿Qué lugar ocupa el empleo en la construcción de la identidad masculina? ¿Cómo podemos relacionarlo con el consumo de sustancias y otros factores precipitadores de recaídas desde una perspectiva de género?

El trabajo aparece como factor precipitante de recaídas entre los hombres, por estrés, por accesibilidad a la sustancia, por despidos, o por sentimientos de alienación/no realización por el lugar y la tarea a realizar (estar solo muchas horas o sin tareas interesantes que desempeñar, por ejemplo), y la autoexigencia, el desarrollo personal a través de la promoción laboral, etc. Es necesario promover en los grupos un diálogo acerca de lo que significa el empleo en la identidad masculina.

Los hombres suelen relacionar inmediatamente el empleo con la libertad económica, con la autoestima y la autonomía o con el "no depender de nadie". El empleo y el dinero son símbolos de potencia para los hombres. La situación de dependencia económica es un estado que se percibe como posible y normal para las mujeres, pero no para los hombres. Además, suelen exponerlo como una cuestión de "morro", de ventaja para las mujeres, por lo que es conveniente establecer el marco de interpretación que lo ubica como la desventaja que en realidad es para ellas: pasas a depender económicamente de otra persona (es decir: no tienes autonomía) mientras te dedicas, además, a tareas muy necesarias para la vida humana (los cuidados), pero que en esta sociedad no te otorgan derechos ni reconocimiento, porque están muy desvalorizadas (también cuando dan

el salto a empleo remunerado, ya que se encuentran en las escalas más bajas de salarios y condiciones, y son de los sectores más feminizados).

Se abre así la posibilidad de promover el diálogo entre ellos en torno a lo que para cada uno significa "tener dinero" y "libertad económica", así como del rol de proveedor y de la organización económica familiar desde la perspectiva de género.

En los procesos de tratamiento es frecuente que muchos hombres "aceleren" sus procesos de recuperación y tratamiento sin concederse tiempo para los grupos o terapias, por la necesidad de correr a conseguir un empleo en caso de que no lo tengan. Parece ser, de hecho, que, aparte de que ellos los demanden pronto, las y los profesionales tendemos a ofrecer los servicios de orientación laboral mucho antes a los hombres que a las mujeres (Instituto de Adicciones, 2019).

Si bien la independencia económica es una cuestión vinculada a lo masculino, ¿qué pasa cuando atraviesan momentos como un tratamiento u otros, donde su libertad-independencia económica se ve directamente afectada? La cuestión aquí es si pueden estar en situación de dependencia económica sin que eso les haga machacarse o sentirse mal y esa situación se transforme en un precipitador de recaídas desde el argumento y la justificación de que lo normal para un hombre es tener que trabajar.

LA CONEXIÓN Y EXPRESIÓN DE LAS EMOCIONES

En los grupos con hombres nos hemos encontrado recurrentemente patrones afectivos masculinos ligados a lo público y lo valorado socialmente. Una afectividad ubicada en la autoafirmación, en lo exterior, en la consecución de resultados, logros y actividades. La autoafirmación masculina pasa por no pedir ayuda y/o no reconocer las debilidades, así como por un fortalecimiento y endurecimiento del carácter para garantizar y de/mostrar la "hombría". Podemos ver en los grupos, por tanto, un déficit de expresiones y manifestaciones emocionales ligadas a lo íntimo, a la conexión interna, a la conexión empática y a la compasión, a la tristeza, al miedo, la escucha propia de sensaciones, etc.; un mundo emocional extraño para ellos, desvalorizado hasta ahora y asignado a las mujeres, reproduciendo una especie de "economía afectiva" (Botello, 2017) del sistema de género que les aleja de los encuentros emocionales cercanos y, a su vez, les exime del trabajo emocional cotidiano para los cuidados .

Indagar en los grupos los apoyos emocionales en sus vidas pasadas y actuales, en quiénes se apoyan, cómo y para qué, y ver si tienen relaciones de intimidad emocional con otros hombres y con mujeres (sin que sean sus parejas afectivas), les hace llegar a la comprensión de los patrones emocionales de género establecidos por las relaciones de poder, de aquello que han valorado o lo que han sentido como ajeno a ellos, desvalorizándolo.

EL CUERPO: OTRO LUGAR DONDE SE INSCRIBE LA MASCULINIDAD

De la misma forma que sucede con el lenguaje emocional, el lenguaje corporal habla de lo que se piensa y se siente respecto de uno mismo y de las demás personas. Lenguajes que hablan del sentirse hombre, de cómo la masculinidad se hace cuerpo.

El cuerpo de los hombres no deja de ser un añadido más de un grupo privilegiado con relación a las mujeres. Los cuerpos masculinos aparecen representados como máquina-herramienta, cuerpos con potencia, seguros, con energía, preparados para la acción, cuerpos audaces, con legitimidad para alcanzar su propio deseo (sexual y más allá de éste), cuerpos libres, cuerpos expertos en la defensa y el ataque, cuerpos que hablan de la superioridad/inferioridad frente a los/as demás, cuerpos en los que las diferentes violencias están presentes. Adquirimos todo un lenguaje corporal a partir de la posición social que ocupamos y a través de nuestras creencias, afectos y valores.

En los grupos, por el contrario, nos encontramos hombres con cuerpos que son descritos *"a modo de dolor, batalla y cicatrices"*, cuerpos con dolencias, con VIH, con hepatitis, con revisiones médicas permanentes, etc.; cuerpos muchas veces enfermos, débiles, con necesidad de cuidados, muy alejados del ideal; cuerpos descritos desde la desvalorización y desprecio por caer del lado de lo supuesto femenino (débil) o por no "funcionar como deberían". De nuevo, un desajuste y un conflicto interno entre lo que fui y ya no soy, entre lo que deseo y no puedo, entre las expectativas de género y la imposibilidad actual de llevarlas a cabo en algunas situaciones.

LOS DUELOS; OTRA VUELTA AL DOLOR EN MODO MASCULINO

Los duelos (Sanz, 2001) tienen que ver con los cambios y el cambio está continuamente en la vida de todas las personas, más si cabe cuando se desea superar una adicción.

En los talleres con hombres aparecen, de manera más o menos explícita, los duelos. Duelos por la muerte de familiares, amistades (referencian a amigos, no a las amigas) y parejas, duelos por separaciones amorosas y duelos de las expectativas de uno mismo, etc. Duelos que llevaron a recaídas, duelos que tuvieron que atravesar para salir de la adicción, como el duelo por renunciar a la propia sustancia, algunos duelos ya cerrados y duelos aún pendientes.

Los duelos se han relacionado tradicionalmente con estados depresivos conformados en diferentes entonaciones emocionales, no lineales ni consecutivas ni independientes. Serían modulaciones y respuestas ante el dolor psíquico de las pérdidas.

Algunas reacciones ante las pérdidas que, de algún modo, pueden precipitar las recaídas son la negación del propio malestar que hace que se muestren "como si no pasase nada", la sensación de

no poder actuar sobre la realidad para resolver la insatisfacción que se siente, la frustración de los deseos y expectativas que precipitan la agresividad (hacia fuera y/o hacia dentro) como un intento de alejar y eliminar la realidad que causa dolor, la fantasía o la ensoñación de poder transformar la realidad, el esfuerzo por controlar y alejar el sufrimiento, etc.

El mostrarse seguro, verosímil y controlado, con capacidades de dominio y raciocinio, la omnipotencia, el exceso de autoconfianza, el ensimismamiento y la negación de la realidad vuelven a ser dificultades y resistencias a la hora de elaborar las despedidas por parte de los varones, pudiendo conllevar a un acercamiento hacia recaídas debido a los sentimientos vergonzantes que muchas veces acompañan el tránsito de los duelos.

Los duelos se empiezan a manejar cuando se está disponible para otra cosa, para otra relación, para otra imagen de uno mismo, para otras modulaciones internas, otras posibilidades de vida que se ponen en práctica. La relación con lo perdido cambia, las angustias, las exigencias, los miedos y las limitaciones se habrán elaborado y recolocado.

Los duelos, por tanto, van a llevar aparejados muchos cambios en las creencias y percepciones profundas sobre uno mismo, sobre los y las demás y sobre la realidad.

También están presente en los grupos las resistencias al duelo que supone la despedida del lugar de poder en relación con las mujeres, esto es, el duelo por la pérdida de beneficios y privilegios. Son duelos que los hombres han de realizar para el cambio hacia una vida en igualdad de trato y de equivalencia existencial con las mujeres, esto es, el duelo por la pérdida de las ventajas, beneficios y comodidades que se disfrutan a costa de las mujeres (tener más tiempo y espacio para uno mismo, o evitar tareas "desagradables" de lo cotidiano, por ejemplo) en pro de una vida de respeto y cooperación con ellas.

LA RELACIÓN DE LOS HOMBRES CON LAS MUJERES: VÍNCULOS CON LAS NO IGUALES

Siendo el objetivo de nuestra investigación presentar una propuesta de trabajo con hombres para apoyar su salida de la dependencia y las adicciones, se podría pensar que la temática de las relaciones con las mujeres podría ocupar un segundo plano. Sin embargo, se considera necesario apuntar que promover un estilo vincular diferente de los hombres hacia las mujeres y fomentar un trato respetuoso entre sujetos iguales y dignos de serlo en la convivencia, es útil para la prevención del inicio de los consumos y las recaídas y constituir, a su vez, parte del proceso de abandono del consumo.

Una parte importante de la autoestima masculina (Bonino, L. 2004) se apoya, aún hoy, en el sentimiento de superioridad, control y dominio sobre las mujeres. El sentirse con poder y autoridad sobre ellas, y con más derechos, es un eje central de la vida de los hombres; un eje muchas veces naturalizado e invisibilizado para los propios hombres.

Es por esto que la autoestima de los hombres en relación con las mujeres estará equilibrada en la medida en que se mantenga ese orden jerárquico, asimétrico, en sus relaciones. Si las mujeres se ajustan al papel que se les asigna en tanto que grupo subordinado, no habrá crisis interna en los hombres. Mientras las mujeres cumplan las expectativas sociales que aún hoy circulan en lo social y que los hombres han interiorizado, todo permanecerá en un equilibrio bien ajustado para los hombres. En la medida que los hombres sientan que se respetan sus derechos masculinos como receptores de atención y cuidados por parte de las mujeres, sin necesidad sentida de reciprocidad, se les devolverá una imagen de sí mismos como adecuada, por ejemplo. Mientras las mujeres estén para ser receptoras de sus malestares y sufrimientos; mientras devuelvan su admiración hacia los hombres y sostengan su imagen; mientras ellas sigan acondicionando las logísticas de cuidado para ellos o estén disponibles y donen sus tiempos y sus energías para ellos, los hombres se sentirán validados en tanto que hombres en relación con las mujeres. Cuando las mujeres cumplen las expectativas o lo que se espera de ellas en la vida cotidiana de los hombres, a pesar de mantener un vínculo que reproduce y sostiene la desequivalencia, no habrá sufrimiento psíquico para ellos ni herida en su autoestima masculina.

Es importante apuntar que uno de los elementos centrales que provoca la desigualdad, la violencia y la dominación, es la creencia masculina de que no tienen obligación de reciprocidad para con las mujeres, o sea, no entra en sus esquemas que ellos deban hacer por ellas todo lo que sí esperan que ellas hagan por ellos. Como hemos visto, los ideales masculinos son muy "autocentrados" y hay una falta de ideales éticos en relación con las mujeres (Covas,2009:83). Son precisamente estas cuestiones las que se pueden ir construyendo en el trabajo con ellos.

Cuando las mujeres rompen con sus mandatos en sus relaciones con los hombres y con la vida familiar/social, cuando reclaman para sí mismas sus derechos y proponen modos de relación e intercambio más éticos, será cuando los hombres sientan amenazada su posición y surjan situaciones de conflicto interno y de violencia de género; violencias masculinas más o menos toleradas por la sociedad y/o actos violentos y abusos cuya intención y función será la de restaurar la desequivalencia que permita a los hombres seguir valorándose a sí mismos.

En la subjetividad masculina (Bonino, L.; 2000), las mujeres pueden aparecer codificadas de diferentes modos: a) idealizadas (*no hay nada como una madre*), b) degradadas (*qué malas son las mujeres, son unas viciosas y unas putas*) o c) como seres amenazantes (*ojo con ellas que te quieren hacer cambiar/cuidado con las mujeres, por cualquier tontería te meten en un lío*). Son tres representaciones de las mujeres que se acompañan de su abanico de acciones sobre ellas; son tres lugares desde donde las mujeres no son vistas en una posición de equivalencia existencial; no son concebidas como sujetos tan legítimos como uno mismo para la convivencia. Es necesario apuntar que las mujeres que vayan a trabajar con hombres se van a tener que enfrentar de un modo u otro a estas miradas masculinas y a sus consecuentes acciones, con un plus

de intensidad cuando el trabajo se enfoque específica y explícitamente sobre el género.

Algunos ejemplos de los que se dispone en el trabajo o la experiencia con hombres en procesos de tratamiento por adicciones son visibles al comprobar que, en muchos casos, son cuidados por las mujeres de sus vidas, lo que en principio no les ocasiona a ellos ningún malestar respecto de su propia valoración en tanto que hombres, pues ser receptores de los cuidados es un lugar naturalizado y adecuado en los posicionamientos sociales de género.

EXPLORANDO LOS CAMINOS DE LA VIOLENCIA Y EL CONSUMO

La relación entre violencia y consumo de sustancias aparece con frecuencia en los discursos de los hombres en tratamiento.

La violencia es un elemento que se naturaliza de tal forma que se vivencia como algo natural e inevitable. Sin embargo, las teorías de género han puesto de relieve que la violencia y el manejo de la misma, también se aprenden. De hecho, puede parecer que la violencia y la agresividad son, a menudo, el signo de virilidad más evidente.

La unión simbólica de la violencia de género exclusivamente a los "excesos" (violaciones, palizas, maltrato, feminicidio...) a la norma (estructural, con formas sutiles y violencias aceptadas socialmente) impide la toma de conciencia acerca de la raíz del problema: el sistema de género y la subordinación intrínseca de las mujeres/lo femenino frente a los hombres/lo masculino. Trabajar con los hombres en grupo implica analizar las raíces de esa violencia y cómo se relaciona intrínsecamente con la construcción de la masculinidad/ser hombre en nuestra sociedad, lo cual abre posibilidades de autoconocimiento y autorreflexión acerca de cómo se establecen las relaciones (con las mujeres, consigo mismos y con otros hombres) y cómo y en base a qué construyen su autoestima.

Frases como "*La que lleva los pantalones en casa es tu mujer*", "*Calzonazos*", "¡*No tienes huevos*!" son continuas interpelaciones dirigidas a no ser "dominados" por las mujeres, esto es, a obstaculizar unas relaciones más equitativas en las que ellos no ocuparían el lugar preeminente. Construir relaciones en equivalencia es trabajoso y quizás no es algo que pueda explorarse en toda su extensión en los grupos de prevención de recaídas, pero no está de más analizar con los varones participantes la manera en que construyen vínculos y relaciones de pareja en sus vidas.

En los talleres desarrollados con hombres se ha comprobado que, al examinar sus relaciones de pareja, aparece en mayor medida el no cuidado o la falta de buen trato, más que una violencia más grave o explícita hacia sus parejas. Este no cuidado y la falta de buen trato suelen acompañarse de una absoluta falta de conciencia en torno a la violencia estructural implícita en comportamientos que tienen muy naturalizados, tales como irse de casa ante cualquier conflicto por minimio que sea y entonces consumir, dejar a sus hijos/as al cuidado de sus parejas sin

sentir que formen parte de su responsabilidad, no corresponsabilizarse en el cuidado de niños/as y personas con altos grados de dependencia, consumir prostitución a la par que sustancias de forma abusiva, etc.

En el espacio doméstico-familiar, reconocen discutir a propósito con su pareja para "poder irse a consumir". ¿Cómo construimos desde la masculinidad el espacio de lo doméstico y las relaciones de pareja? ¿Qué papel juega esa subjetividad atravesada por el permiso para consumir, para huir de un estado displacentero? ¿En qué lugar colocas a tu compañera, la mujer con la que convives, al hacer eso?

LA EXPERIMENTACIÓN DE FALTA DE PODER Y PÉRDIDA DE PRIVILEGIOS

El poder como paradoja es un elemento crucial en la vida de los hombres, en tanto que es un lugar de interpelación e ideal con el que cumplir de los hombres y su masculinidad, frente al que muchos hombres con problemas de adicción suelen representarse en carencia. Caminar hacia relaciones más equitativas y justas es un proceso que avanza sobre la pérdida constante de poder y privilegios derivados del género. Por ejemplo, cuando se trabaja la asertividad en el marco de las habilidades sociales, que es uno de los elementos centrales que se proponen habitualmente en el trabajo grupal en los tratamientos, podría y debería ser objeto de examen desde perspectiva de género y replanteada desde ahí. ¿Qué supone para los hombres no imponer lo que piensan?, ¿no llevar las cosas por el cauce que desean? ¿Cómo afecta a su autoimagen y autoestima que no se les haga caso a lo que dicen? ¿Cómo afecta a la mujer con la que se relacionan? ¿Se ven interpelados a expresarse desde la agresividad? ¿Qué lugar ocupa la agresividad como mecanismo para lograr lo que uno quiere?

Los hombres suelen experimentar una pérdida de poder y reconocimiento al intentar expresarse desde la asertividad (o al menos cuando no lo hacen desde la agresividad), por lo que resulta conveniente desvelar y analizar con ellos las posibles resistencias al cambio derivadas de esa experimentación subjetiva de pérdida de su lugar como hombres (esto es: de autoridad, que se haga lo que él dice). Es más: ¿cómo se sienten los hombres que ocupan un lugar de comunicación más desde la pasividad y/o la pasivo-agresividad? ¿Que no cumplen con esa idea estereotípica de que se haga lo que él dice? Porque es más que probable que vayan a expresar mucha impotencia que suele terminar "estallando por algún sitio", en tanto que también se ven interpelados subjetiva y socialmente a ocupar un lugar de poder que no sienten que tengan.

Incorporar al trabajo grupal esta ambivalencia y la posible experimentación de pérdida de privilegios, y hacerlo de forma explícita, permitirá la toma de conciencia de esos procesos que, de lo contrario, se dan de forma inconsciente y producen no pocas resistencias al cambio, o que actúan, incluso, como factores disparadores del consumo.

Un ejemplo de ello es la "naturalidad" (en el sentido de que se da por hecho) con la que en el tratamiento se les "tutoriza" el manejo del dinero desde el

equipo profesional, o se le encarga a un familiar (normalmente una mujer) que se haga responsable de ello (en salidas, programas ambulatorios directamente relacionados con ludopatías, etc.). Muchos hombres pueden experimentar un choque frontal con su identidad y autoestima, al tener que dejar en manos de otras personas el control y el poder; reciben así un impacto directo en su autoimagen y en su estatus como varones.

Veamos un ejemplo concreto de esta idea que estamos exponiendo a través del caso de un hombre de un centro al que le dan permiso para salir a comer con la familia. Ante la salida, tanto en el recurso como en el seno familiar se han llevado a cabo todos los protocolos para que en las horas del encuentro no haya alcohol ni ninguna sustancia que pueda despertar su deseo de consumir ni conductas que puedan exponerlo a un estímulo que resulte un posible desencadenante. A pesar de saber que va a estar en un entorno seguro, él no termina de estar tranquilo. Preguntado por lo que siente, habla del sentimiento de vergüenza por no llevar dinero y poder invitar. En este caso, no tener dinero (y poder mostrarlo invitando), provoca una ansiedad (narcisista) que sí puede conducirle a recaer, más allá de que tenga alcohol a mano.

Este es uno de esos momentos donde grupalmente podemos hablar del dinero y de cómo ha funcionado el mismo a lo largo de la vida en tanto que hombres. Al tirar un poco del hilo es habitual que se asocie a sentimientos de valía, de poder, de exhibición masculina, de exceso de autovaloración asociada a la posesión de dinero, a lo que se hace con el dinero y lo que permite éste hacer, etc. Con el análisis de todas estas cuestiones es posible reflexionar sobre la necesidad de proceder a un reordenamiento de valores, sentimientos, prácticas y representaciones de uno mismo para no sentirse frustrado y poder manejar mejor el posible deseo de consumo.

Hasta aquí podríamos pensar que trabajamos con perspectiva de género, pero si formulamos de nuevo la pregunta que debe planear constantemente en el trabajo con hombres: ¿dónde quedan las mujeres en sus discursos y prácticas (en este caso) relacionadas con el dinero?, veremos que en el caso ejemplificado resulta que la persona que iba a invitar a la familia era su pareja, su compañera. Ese momento resultó muy importante para el trabajo hacia las relaciones de equivalencia existencial con las mujeres. *Y si fuese al revés, si tú fueses a invitar, ¿tendría ella que sentir vergüenza?* La respuesta casi unánime del grupo fue NO. Igualmente, puede ser esa la situación más oportuna para poder sacar a luz cómo representan los hombres a las mujeres con relación al dinero, qué implica el dinero para las mujeres de sus vidas y qué efectos/consecuencias ha tenido en sus relaciones. A partir de ahí, en este caso del trabajo sobre el dinero, como otro de tantos elementos asociados a la masculinidad, será más sencillo recolocarse simbólica y comportamentalmente para programar con mayores posibilidades de éxito una salida de sábado para comer en familia.

Los sentimientos de vergüenza, de superioridad, de inferioridad etc., se dan siempre en relación con otra/s persona/s, por lo tanto, será importante explorar lo vincular, lo inter-relacional, como ya se ha expuesto.

SEXUALIDAD, JERARQUÍAS Y PODER: IMPLICACIONES EN LOS CONSUMOS DE LOS HOMBRES

Otro ejemplo donde vamos a incorporar claramente los tres ejes expuestos (relación con uno mismo, relación con los iguales, y relación con las no iguales), es el análisis de la sexualidad. El sistema de género atribuye a los varones un deseo sexual explícito y legitimado, entendido además como incontrolable una vez que es "despertado", mientras que a las mujeres las sitúa como receptoras de la demanda sexual, a la par que las convierte en objeto de ese deseo[6]explícito. Además, en el imaginario prevaleciente de la sociedad en general sigue funcionando la dualidad "estrechas/zorras" para designar el comportamiento sexual y la moralidad de las mujeres heterosexuales.

Este tema ofrece la posibilidad de explorar con los hombres heterosexuales con los que trabajamos cómo se comportan cuando perciben a las mujeres dentro de la categoría "zorra" *¿Cómo tratan los hombres a las mujeres que perciben como "fáciles" o directamente como "putas"? ¿Qué relaciones establecen con ellas? ¿Aparece el consumo o el deseo de consumo en esas circunstancias? ¿Consumen a propósito para mantener relaciones sexuales?*

La heterosexualidad también se convierte en una norma reguladora en las relaciones intragénero entre los hombres (Welzer-Lang, 2002) . La heterosexualidad "es lo normal" y se constituye como "la norma". Aparte, el propio sistema atribuye un papel dominante al hombre, en tanto que *fecundador, penetrante*. Esto le reafirma en su masculinidad y le eleva sobre las mujeres, pero también sobre otros hombres. De hecho, un hombre puede transgredir ciertas normas de la heterosexualidad mientras que mantenga su preeminencia de dominación y de penetrador en el simbolismo de lo masculino (es decir, mientras sean ellos quienes penetren a la otra persona, aunque sea otro hombre).

De la misma forma que este paradigma otorga privilegios a los hombres en detrimento de las mujeres, también retira estatus entre ellos a los hombres que no reproduzcan esa tendencia masculina. Es un sistema de subordinación de unos hombres sobre otros hombres que muestran sexualidades distintas y que se ven asimilados a lo femenino y/o tratados "como mujeres". La homofobia aparece como un aspecto que cimenta las fronteras de género para los hombres y que reafirma los "auténticos valores masculinos".

6 Es importante señalar que ser objeto de deseo no es algo malo en sí mismo: jugar con el deseo, sentirse deseado/a y desear, son hechos consustanciales a la sexualidad y el mantenimiento o no de las relaciones sexuales. No hablamos, por tanto, de ser objeto de deseo en ese sentido, sino de ser cosificada, convertida en objeto, carente de entidad como sujeto (deseante), dentro del marco de interpretación y simbólico prevaleciente producto del sistema de género, que ubica a las mujeres en subordinación a los hombres, también en el desarrollo del deseo. Tanto es así, que hay cierto imaginario donde las relaciones sexuales entre mujeres son objeto de excitación para los hombres heterosexuales, cuando dichas relaciones, lesbianas, configuran un escenario donde a priori, un hombre heterosexual no tendría nada que ver, y sin embargo, nuevamente se produce una cosificación (de las mujeres) y situarse ellos como sujetos de deseo.

Poner el punto de atención en las relaciones entre los hombres desde esta perspectiva, permitirá desvelar aspectos relacionados con la pérdida de prestigio en su imagen social, generándoles emociones relacionadas más directamente con la vergüenza o el miedo al ridículo, por ejemplo.

En escenarios habituales de consumo de drogas encontramos múltiples experiencias en las que los varones heterosexuales unen el consumo (sobre todo de cocaína y otras sustancias estimulantes) con episodios sexuales cargados de prácticas de riesgo, donde la excitación se fundamenta en un imaginario basado en la concepción del sexo como algo apasionado, explosivo, incontrolable, impulsivo, alejado de toda idea de reproducción. De esta forma recaen sobre la sustancia expectativas de 'descontrol' y 'desenfreno', toda vez que se convierten en un vehículo para la experiencia fuera de la norma social en torno a la sexualidad "segura" asimilada a lo aburrido, a lo no excitante, unido a la idea de la 'mujer buena-novia/esposa'. Estas experiencias son un ejercicio cargado de simbolismo masculino triunfador y exitoso. Trabajar desde el marco de género estos contenidos en torno a la heterosexualidad, la homofobia y el ejercicio de poder en la construcción de la sexualidad masculina,[7] se hace imprescindible para profundizar y mejorar las relaciones de los hombres con las mujeres, de los hombres con otros hombres y de los hombres consigo mismos.

APUNTES PARA EL CAMBIO

Ya se puede percibir que, desde esta manera de entender la masculinidad, se afronta el trabajo con los hombres de manera diferente a la primera propuesta. Este análisis propone un cambio de enfoque, sumando aquello que no se trabaja desde la perspectiva de los mandatos masculinos.

Así, para el cambio de los hombres que proponemos, basado en este segundo diagnóstico, habría que trabajar en relación con los siguientes ejes (Covas, 2009; Bonino, 2000, 2004, 2006, 2008):

- Mostrar a los hombres lapertenencia al género masculino a un grupo social llamado Hombres. Esto permite analizar las influencias sociales en la construcción de sus acciones y entender lo que les ocurre en relación con los usos de drogas y las adicciones que puedan desarrollar.

- Historizar y reconstruir el camino común (y singular de cada quien) para comprender cómo el imaginario y la estructura social se fueron

7 En los grupos hemos tenido algún participante que provenía de espacios de Chemsex, y este tipo de reflexiones y abordaje les han resultado muy útiles y en consonancia con lo vivido en sus espacios de relaciones sexuales entre hombres.

interiorizando. Cuando ayudamos a desnaturalizar la posición social de los hombres y sus consecuencias, se pueden vislumbrar posibles caminos de cambio sin percibirse únicamente desde el fracaso, con culpas narcisistas e impotentes, y como causantes de dolor en sí mismos y en su entorno.

- Trabajar en la desidentificación y deslegitimación interna de los deseos, ambiciones e ideales de la masculinidad que empujaron y empujan, de un modo u otro, al consumo y conductas adictivas. Ideales de perfección para encajar en lo masculino, que lleva a decepciones, impotencias y fracasos recurrentes, los cuales se vuelven a activar con más exigencias, agresividad, etc. Poder entender cómo ha funcionado el estatus y los ideales en sus vidas, qué privilegios han deseado y/o adquirido, a cambio de qué problemáticas y de qué áreas de la vida que se han quedado deficitarias o sin desarrollar.

- Afrontar los costes del cambio y hacer el proceso de duelo por aquello de lo que toca despedirse: los beneficios materiales, económicos, políticos y simbólicos de la masculinidad jerárquica en los tres ámbitos reflejados en este diagnóstico de la masculinidad.

- Ayudar a la adquisición de nuevos recursos como el autocuidado, la escucha interna y corporal, así como la modulación de las ambiciones masculinas y a la renuncia al estatus de género entre los hombres.

- En relación con las mujeres, el objetivo general se dirigiría a renunciar al poder y al estatus, salir del lugar otorgado por las relaciones de género. De nuevo, habrá que desnaturalizar las violencias y los abusos que se han ejercido desde el lugar de privilegio y desde las experticias masculinas. Se trata aquí de deslegitimar aquellas prácticas (propias, de los otros y de la sociedad que llevaron y llevan a cabo, y que suponen acomodarse en la posición masculina a costa de las mujeres, de ejercer prácticas violentas para sujetarlas y mantenerlas en su posición subordinada. A su vez, se trata de reconstruir, para la práctica, las expectativas de los hombres sobre las mujeres para poder vivenciar a éstas como sujetos iguales en la convivencia, con los mismos derechos y necesidades que ellos.

- El trabajo con perspectiva de género con hombres también implica dirigirse a conseguir que sean capaces de generar placer, bienestar y cuidados en su entorno, promoviendo discursos y prácticas en ellos para la reciprocidad, la disponibilidad, la presencia, la empatía hacia las necesidades de los y las demás, y, por tanto, con los cuidados. Soltando el “ser para sí mismos” y el “autocentramiento”, para incorporar recursos y prácticas de descentramiento y del “ser para los demás”. En este sentido habrá que valorizar a las personas que cuidan y entenderlas como el aporte a una función social imprescindible para la vida, más allá del género.

BIBLIOGRAFÍA

Azpiazu, Jokin (2017) *Masculinidades y feminismo*. Barcelona: Virus.

Benería, Lourdes (1987) *"¿Patriarcado o sistema económico? Una discusión sobre dualismos metodológicos"* en Amorós, Celia et al., Mujeres, ciencia y práctica política. Madrid: Debate.

Bleichmar, Hugo (1997) *Avances en psicoterapia psicoanalítica: Hacia una técnica de intervenciones específica*s. Paidós.

Blestcher, Facundo (2012) *"Masculinidad, narcisismo y depresión"*. Comunicación presentada en la Mesa FLAPPSIP del XVII Foro Internacional de Psicoanálisis, 10- 13 de octubre de 2012 en la Ciudad de México.

Bonino, Luís (2000) *"Varones, género y salud mental. Deconstruyendo la 'normalidad' masculina"*, en Segarra, M. y Carabí, A. (eds): Nuevas masculinidades. Icaria.

Bonino, Luís (2003) *"Los varones ante el problema de la igualdad con las mujeres"* en Lomas, Carlos (comp.) ¿Todos los hombres son iguales? Identidad masculina y cambios sociales. Paidós.

Bonino, Luis (2008) *Hombres y violencia de género. Más allá de los maltratadores y factores de riesgo*. Ministerio de Igualdad. Gobierno de España.

Botello, Luis (2017) *Análisis del "enojo" del varón en el contexto de la violencia contra las mujeres para trazar un marco de construcción de responsabilidad*. Masculinidades y cambio social, ISSN-e 2014-3605, Vol. 6, Nº. 1, 2017 págs. 39-61.

Burin, Mabel y Meler, Irene (2000) *Varones. Género y subjetividad masculina.* Barcelona: Paidós.

Butler, Judith (1990) *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad* (1994) Barcelona: Paidós.

Butler, Judith (2004) *Deshacer el género* (2006) Barcelona: Paidós.

Cantos, Raquel (2016) *Hombres, mujeres y drogodependencias. Explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas*. Madrid:Fundación Atenea.

Connell, Raewyn (1987) *Gender and Power*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Connell, Raewyn (1995) *Masculinities*. Cambridge: Polity Press.

Crenshaw, Kimberlé (1989) *"Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics"*. The University of Chicago Legal Forum 140: 139-167.

Covas, Susana (2009) *Hombres con valores igualitarios: historias de vida, logros alcanzados y cambios pendientes*. Madrid: Ministerio de Igualdad, Gobierno de España.

De Beauvoir, Simone (1949) *El segundo sexo* (2005) Madrid: Cátedra.

De Lauretis, Teresa (1989) *Technologies of Gender. Essays on Theory, Film and Fiction.* London: Macmillan Press.

Del Moral, Beatriz (2008) *"Marco teórico"* en Farapi, S.L. Cómo introducir la perspectiva de género en los proyectos de drogodependencias. I Jornada de la Comisión de Género del Gobierno Vasco.

Fausto-Sterling, Anne (2001) *Cuerpos sexuados. La política del género y la construcción de la sexualidad* (2006) Santa Cruz de Tenerife: Melusina.

Hernando, Almudena (ed.) (2015) *Mujeres, hombres, poder. Subjetividades en conflicto*. Madrid: Traficantes de Sueños.

Hills Collins, Patricia (1990) *Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*. Black Feminist Thought, 21(1), 132-133.

Ingelmo, Joaquín; Ramos, María I.; Méndez, Jose Antonio; y González, E. (2000) *El enfoque Modular-Transformacional de la psicopatología: su aplicación al problema de la dependencia de drogas*. Revista Aperturas psicoanalíticas, núm. 5.

Instituto de Adicciones (2019) *Estudio de satisfacción de las mujeres atendidas en los Centros de Atención a las Adicciones* (CAD). Madrid Salud. Inédito.

Jiménez-Sánchez, Antonio y Martínez-Redondo, Patricia (2009) *Educación de las masculinidades en el Siglo XXI. Masculinidad y Adicciones en centros de día*. Pamplona. ASECEDI.

Lakoff, George y Johnson, Mark (2015) *Metáforas de la vida cotidiana*. Madrid: Cátedra.

Lamas, Marta (comp.) (1996) *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. (2015) México: Bonilla Artigas / PUEG.

Lomas, Carlos (Comp.) (2003) *¿Todos los hombres son iguales? Identidades masculinas y cambios sociales*. Paidós.

Maquieira, Virginia (2001) *"Género, diferencia y desigualdad"* en Beltrán, Elena y Maquieira, Virginia (eds) Feminismos. Debates teóricos contemporáneos. Alianza Editorial, S.A.

Martínez-Redondo, Patricia (2008) *Perspectiva de género aplicada a las drogodependencias*. Navarra: ASECEDI.

Martínez-Redondo, Patricia (2009) *Extrañándonos de lo "normal". Reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogodependientes*. Madrid: Horas y horas la editorial.

Pecharromán, Begoña (2016) *"¿Por qué hombres y mujeres se diferencian en el consumo de drogas?"* en Arostegui, Elisabete (ed.): Perspectiva de género en la intervención en drogodependencias. Bilbao: Universidad de Deusto.

Prochaska, James O. y DiClemente, Carlo (1985). *Coping and Substance Use.* New York: Academic Press.

Rubin, Gayle (1975) *"El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo".* Nueva Antropología. VIII (30): 95-145, 1986.

Sabo, Don (2000) *Comprender la salud de los hombres. Un enfoque relacional y sensible al género. Organización Panamericana de la Salud*. Harvard Center for Population and Developement Studies.

Sanz, Fina (1990) *Psicoerotismo femenino y masculino. Por unas relaciones placenteras, autónomas y justas*. Kairós.

Sanz, Fina (2001) *Los laberintos de la vida cotidiana. La enfermedad como autoconocimiento, cambio y transformación*. Kairós.

Scott, Joan W. (1987) *"El concepto de género",* en Lamas, Marta (comp.) (2015 [1996]) *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual.* Bonilla Artigas / PUEG.

Simón Rodríguez, Elena (1999) *Democracia vital: mujeres y hombres hacia la plena ciudadanía*. Madrid: Narcea.

Thiers-Vidal, Leo (2010) De "*L'Ennemi Principal" aux principaux ennemis: Position vécue, subjectivité et conscience masculines de domination.* Editions L'Harmattan.

Welzer-Lang, Daniel (2002) *Las crisis de las masculinidades: entre cuestionamientos y críticas contra el heterosexismo*. Actas del Congreso: Los hombres ante el nuevo orden social: 51-76. Victoria-Gasteiz: EMAKUNDE- Instituto Vasco de la Mujer.

VIOLENCIAS HACIA MUJERES Y COMUNIDADES LGTBIQ+ QUE USAN DROGAS. HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICAS DE DROGAS CON PERSPECTIVA DE GÉNERO.

GENDER-BASED VIOLENCE AGAINST WOMEN AND LGTBIQ+ COMMUNITIES WHO USE DRUGS. ADRESSING GENDER-SENSITIVE DRUG POLICIES.

Jogelina Di Iorio

Dra. en Psicología. Coordinadora del área de Intervención de Intercambios Asociación Civil (Argentina).

María Pía Pawlowicz

Licenciada en Psicología y Máster en Salud y Ciencias Sociales. Coordinadora del Área de Investigaciones de Intercambios Asociación Civil (Argentina).

RESUMEN

Las mujeres y comunidades LGTBIQ+ que usan drogas portan múltiples estigmas que se traducen en barreras de acceso a la atención. Las violencias simbólicas y las violencias estructurales, como parte de otras formas de violencia de las que son objeto, profundizan los problemas físicos, psicológicos, legales, sociales y vinculares asociados a los usos de drogas.

Este artículo se focaliza en las consecuencias de las políticas de drogas en América Latina, destacando aspectos clave que deben ser considerados para promover acciones eficaces que incluyan perspectiva de género en el diseño de estrategias integrales de abordaje de los problemas vinculados a los usos de drogas.

PALABRAS CLAVE

Políticas de drogas, perspectiva de género, violencia estructural, estigma.

ABSTRACT

Women and LGTBIQ+ communities who use drugs carry multiple stigmas that lead to barriers to health care. Symbolic and structural violence, as part of other forms of violence to which they are exposed, exacerbate physical, psychological, legal, social and relationship problems associated with drug use.

This article focuses on the consequences of drug policies in Latin America, highlighting key aspects that should be considered in order to promote effective gender-sensitive actions and to design comprehensive strategies to address drug use related problems.

KEY WORDS

Drug policies, gender, sensitive perspective, structural violence, stigma.

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

Los consumos de sustancias psicoactivas se definen como un fenómeno complejo y multidimensional que se configuran de modos diversos según el sector social, el momento histórico, las condiciones socio-políticas, la etnia, el género, las identidades y expresiones de género. Dichas intersecciones no sólo constituyen, sino que estructuran el proceso salud-enfermedad-atención referido a las situaciones de consumo. Desde el punto de visto epidemiológico, los patrones de consumo de sustancias presentan diferencias por géneros,[1] no sólo porque la construcción social de los géneros condiciona las prácticas, sino porque también afectan las maneras de definir lo que se considera o no como problemas asociados, así como el diseño e implementación de programas de atención.

En América Latina, hay aproximadamente 5,5 millones de personas que usan drogas ilegales no inyectables, siendo relativamente bajo el número de personas que se inyectan drogas comparado con otras regiones (Di Iorio, Ahumada & Beaven, 2020).[2] La tasa de consumo de cocaína y sus derivados (los cuales comúnmente no son inyectables) en la región está entre las más altas del mundo. En parte esto responde a que la producción de cocaína y sus derivados de la coca prevalecen en América del Sur, específicamente en Bolivia, Colombia y Perú, que son responsables de prácticamente todo el cultivo de hoja de coca en el mundo (HRI, 2020). El producto intermedio en la producción de cocaína conocido como basuco, paco, pasta base u oxi es de mayor prevalencia que los opiáceos en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay (Cortes & Metaal, 2019).[3] Al tratarse de una alternativa más barata a la cocaína en Sudamérica, las personas que usan pasta base (como aquellos que consumen cocaína crack), son usualmente grupos socialmente marginalizados y estigmatizados, que enfrentan muchas más barreras de acceso a servicios de salud y programas de reducción de daños en comparación con otras personas.

En ese marco, la prevalencia de mujeres que usan drogas en América Latina tiende a aumentar en los últimos años, y se estima que representa un 20% de ese total (UNODC4, 2020). Sin embargo, no puede estimarse con precisión el dato porque los consumos de las mujeres y las comunidades LGTIBQ+ se encuentran subregistrados como consecuencia de la

1 El género no es un concepto estático y binario. Las feminidades trans, las travestis, las masculinidades, las masculinidades trans, entre otras múltiples expresiones de género, ponen en jaque la relación directa entre sexo y género, y advierten la imperiosa necesidad de pensar en términos de expresiones e identidades de género dentro del campo de los consumos de sustancias psicoactivas.

2 Estos datos fueron revelados en el último reporte realizado por Harm Reduction International: Global State of Harm Reduction 2020, en el que se brinda además un análisis exhaustivo de la provisión de servicios para reducción de daños a nivel global, diferenciado por regiones. Se distinguen las innovaciones y barreras de acceso. Disponible en https://www.hri.global/global-state-of-harm-reduction-reports .

3 Harm Reduction International es una organización de la sociedad civil con sede en Reino Unido, que tiene estatus consultivo especial ante el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, que trabaja dentro del modelo de Reducción de Riesgos y Daños. https://www.hri.global/ .

4 UNODC sigla en inglés de la Oficina de las Naciones Unidas contra las drogas y el delito https://www.unodc.org/ .

criminalización y por el temor a las sanciones morales que responden a los mandatos hegemónicos de género. Esto coloca a las mujeres y disidencias frente a mayores riesgos y menor acceso a los programas, ya que esto afecta la construcción de vínculos de confianza con profesionales de la salud y de otros programas.

Las políticas de drogas, tanto de control de la oferta como las de tratamiento y promoción de la salud, se encuentran hegemónicamente en la región dominadas por enfoques punitivo-represivos que se organizan bajo el paradigma de la guerra contra las drogas. De manera muy general, dicho paradigma se sustenta en los principios de eliminación de la producción, comercialización y uso de cualquiera sustancia psicoactiva considerada ilegal. Se configura una matriz prohibicionista-abstencionista, que no se limitó a generar respuestas de control a la producción y el tráfico, sino que incluyó a las personas que usan drogas, las que quedan definidas bajo el argumento delincuentes-enfermos, incapaces de cuidar de sí mismos o de cuidar a otros (Corda, Galante y Rossi, 2014). Si bien en América Latina se registraron avances legislativos y sociales, a partir de los movimientos generados por la sociedad civil y las organizaciones sociales que vislumbraron una modificación de dicha perspectiva, durante los últimos años se observó una regresión hacia políticas de drogas más punitivas en toda la región (HRI, 2020). Resulta importante resaltar que esta misma matriz, que durante la década de los 90 retrasó las respuestas estatales para disminuir la transmisión del VIH, es la que en la actualidad también obtura la plena implementación de programas de reducción de riesgos y daños para abordar los problemas asociados a los usos de drogas, así como la que opera como resistencia para la inclusión de enfoques de género para definir y abordar integralmente dicho campo de problemas desde una perspectiva de derechos.

LAS VIOLENCIAS DE LAS POLÍTICAS DE DROGAS SOBRE LAS MUJERES Y COMUNIDADES LGTBIQ+

La percepción social dominante encadena conceptualmente droga-delito-inseguridad ciudadana, legitimando mecanismos de control encarados desde los Estados (por ejemplo, tratamientos compulsivos, represión penal, judicialización, medicalización) o inscriptos en acciones de la vida cotidiana, en ambos casos fundadas en representaciones sociales. Siguiendo a Touzé (2006), encuentran de este modo justificación prácticas discriminatorias y estigmatizantes claramente violatorias de los derechos de las personas que usan drogas. Las consecuencias negativas de ese paradigma impactan de manera particular sobre las vidas de las mujeres y comunidades LGTBIQ+. La doble estigmatización (ser mujeres y ser usuarias de drogas) y la representación de las usuarias como “mujeres fracasadas” (Arana y Germán, 2005) genera que reciban mayor condena social, mayores sentimientos de culpa y vergüenza, así como ocultamiento de sus prácticas de consumo.

Las consecuencias negativas del control se expresan también en mayores barreras para acceder a los programas, así como también

a un mayor desconocimiento de sus necesidades y derechos específicos.

En América Latina, son múltiples los modos en los que se expresa la relación violencias-drogas-mujeres. De modo hegemónico suelen reducirse, sin que eso le reste magnitud al problema, a las violencias sexuales o violencias domésticas asociadas a las prácticas de consumo. Pero se registran expresiones propias de la región asociadas a las violencias estructurales, vinculadas a la producción y al mercado de las drogas, las cuales configuran otras dimensiones del problema.

Son las violencias estructurales, en términos de dificultades económicas y ausencia de oportunidades de trabajo bien remunerados, los principales factores que motivan a la participación de las mujeres en la producción y en la venta de drogas. Esto frecuentemente las convierte en el principal sostén financiero, ya que, a su vez, genera que las mujeres alcancen cierta independencia económica de sus parejas. Las mujeres particularmente desempeñan un papel importante en el cultivo de coca en países como Colombia, Perú y Bolivia. Si bien también se registra una falta de precisión en la información disponible debido al doble rechazo del que son objeto las mujeres, se estima que en los últimos años ha aumentado la participación de las mujeres considerablemente y esto se infiere a partir del aumento de las mujeres privadas de su libertad o en contacto con el sistema penal (WOLA, 2016, Chaparro, Pérez Correa y Youngers, 2017). Resulta necesario distinguir que, a diferencia de los varones, las mujeres participan de los eslabones menores en la cadena de tráfico, y son las que tienen mayor número de encarcelamientos. El encarcelamiento de las mujeres durante largos periodos de tiempo, puede dar lugar a que sus hijos e hijas sin son menores de 5 años tengan que acompañarlas a la cárcel, dependiendo de la edad, ingresen al sistema de protección de infancias o puedan terminar en situación de calle. Esto configura otros de los modos en que se ejercen las violencias sobre las mujeres.

Como mencionamos anteriormente, se estima que se produjo un aumento del consumo de sustancias entre las mujeres y las comunidades LGTBIQ+, tanto en América Latina como a nivel mundial (UNODC, 2020). Sin embargo, como parte de las consecuencias negativas de las políticas punitivas, no reportan sus consumos como una forma de cuidado frente al temor a ser arrestadas y/o juzgadas por sus prácticas.

Cabe señalar que la mayoría de las mujeres que usan sustancias, lo hacen ocasionalmente, y/o sin problemas. Es decir, que muchas mujeres consumen drogas sin requerir tratamiento por su consumo. Son aquellas que lo hacen en entornos socioeconómicos más desfavorables quienes se ven más afectadas, lo que no significa que las prácticas de consumo estén motivadas por las condiciones de pobreza o vulnerabilidad.

En Argentina, tal como lo marca la tendencia mundial señalada, también hay una tendencia de aumento del consumo de sustancias entre las mujeres.

A partir de los datos del último Estudio Nacional sobre consumos de sustancias en población general (SEDRONAR, 2017) se evidencia que entre las mujeres el consumo de “alguna droga ilícita” aumentó del 3,6% en el año 2010 al

8,3 % en 2017. Si lo observamos para el cannabis, se triplicó (de 4,7% en 2010 a 13,9% en 2017) y para el uso de cocaína se triplicó en el mismo período (de 0,8% en 2010 a 2,6% en 2017).

Algunos estudios (SEDRONAR, 2017; Parga y Altamirano, 2011; Tajer y otras, 2014), muestran que las mujeres usuarias tienen menos acceso a los servicios de salud. No sólo reportan menos la necesidad de tratamiento, sino que también acceden menos que los varones. Los datos oficiales del último Estudio Nacional mencionado de 2017, dan cuenta de que mientras que entre las mujeres que buscaron ayuda profesional, sólo el 35,8% obtuvo acceso a un tratamiento, mientras que entre los varones ese acceso asciende al 59,2%.

Entre las dificultades para demandar atención se encuentran las cargas familiares de cuidados de otrxs, la percepción de no ser consideradas en los tratamientos, el temor a la pérdida de lxs hijxs, o el abandono por parte de sus parejas. Por supuesto, estas situaciones se agravan cuanto más vulnerables son las mujeres a nivel social (Arana y Germán, 2005).

Las mujeres que usan drogas son especialmente vulnerables a las infecciones de transmisión sexual (ITS), al VIH y a otros virus de transmisión sanguínea (BBV) (Medina-Perucha, Family, y Scott, 2019). Estos riesgos sexuales son más frecuentes entre las mujeres debido a las desigualdades de género y a la violencia de género contra ellas, que las expone a prácticas sexuales de riesgo. Las mujeres también corren un mayor riesgo debido a su mayor participación en las relaciones sexuales transaccionales por alojamiento, protección, sostenimiento económico o por drogas. Asimismo, es más probable que sean víctimas de violencia sexual por parte de sus parejas o que sean víctimas de explotación sexual. Además de las vulnerabilidades a las que se exponen por cuestiones de género, se suman las vulnerabilidades por edad, las cuales se expresan mayoritariamente en las dificultades de acceso a los servicios de salud. No solo comenzar a usar drogas a menor edad aumenta los riesgos físicos, psicológicos, sociales y legales, sino que también tienen menores habilidades y herramientas para gestionar los riesgos y aumentar cuidados en relación con sus consumos.

La situación es grave para aquellas mujeres que usan drogas y están embarazadas o ejercen la maternidad (Díez y otros, 2020). La proliferación de mitos sobre la crianza y la maternidad, así como malas interpretaciones de los datos sobre el embarazo y el consumo de drogas contribuyen a crear un entorno en el que las mujeres están sometidas a la desinformación, y por lo tanto a un aumento de los riesgos. El estigma creado por este entorno impide que los profesionales de la salud se comprometan de forma significativa con las mujeres que consumen drogas, desincentiva a las mujeres a mantener conversaciones abiertas sobre sus prácticas de consumo durante el embarazo o la crianza, aumentando los riesgos para las mujeres. La ausencia de una perspectiva de género redunda en naturalizar el mandato patriarcal de “cuidado de otras personas” por sobre el “cuidado de sí” que termina invisibilizando lo que Setíen y Parga (2019) llaman “estrategias biopolíticas de

encauzamiento" de las conductas desviadas del ideal de ser "buenas madres" y "buenas mujeres", mediante el disciplinamiento ejercido desde la tríada familia-sistema sanitario-sistema judicial.

El estigma y la discriminación afecta particularmente a las mujeres y comunidades LGTBIQ+ y resultan más afectadas por las consecuencias de las políticas de control de drogas. Como se fue relatando, son múltiples los factores estructurales, culturales e ideológicos hacen que las mujeres sean especialmente vulnerables a los problemas socio-sanitarios asociados a las drogas, los cuales no se restringen sólo a los consumos de sustancias.

La accesibilidad a los servicios se ve obstaculizada por la violencia[5] estructural y la estigmatización, que resultan de las normas y actitudes sociales patriarcales, y que pueden verse agravadas por otras identidades como la etnia, la clase social y la sexualidad.

Considerando a las comunidades LGTBIQ+, si bien en Argentina la sanción de la Ley 26.743 de Identidad de Género en 2012 fue un hito en materia de ampliación de derechos y permitió una mejora en la aceptación social y empoderamiento del colectivo trans, lo que se manifestó también en un mejor y pronto acceso a los servicios de salud; no obstante, situaciones de burlas y discriminación siguieron produciéndose en relación al personal de salud y otres usuaries (Arístegui y Zalazar, 2014). En un estudio realizado en tres provincias de Argentina (Pawlowicz y otros, 2019) tanto los y las profesionales de la salud como las personas trans entrevistadas y que participaron de grupos de discusión mencionaron el no reconocimiento de las identidades de género como uno de los principales obstáculos que persisten sobre la accesibilidad y la permanencia en los servicios de salud, lo que deviene en prácticas discriminatorias como llamarles por el nombre que figura en el DNI, internaciones en salas que no se corresponden con su género autopercibido, esperar en exceso e, inclusive, evitar su atención.

Como decíamos previamente, las expectativas patriarcales arraigadas sobre las mujeres, tales como el ser cuidadoras, son un elemento fundamental de las barreras a los servicios.

Algunos estudios muestran cómo persisten los estigmas y la discriminación hacia las mujeres y diversidades por parte de ciertos profesionales de la salud. En el caso de las mujeres embarazadas y puérperas usuarias de sustancias, se complejiza la situación.

En un estudio multicéntrico en que se entrevistó a mujeres embarazadas y puérperas (Díez y otras, 2020) las mujeres adhirieron mayoritariamente a representaciones sociales que connotaban juicios de valor negativos respecto a las

5 Vale aclarar que comprendemos la accesibilidad a los servicios de salud y otras instituciones que asisten a estas poblaciones es centralmente una dimensión relacional y vincular (Comes, 2004), atravesada por contextos institucionales particulares.

mujeres que siendo madres consumen sustancias psicoactivas. Que ellas mismas adhieran a estas creencias resulta en una autopercepción negativa cargada de culpa y reproches asociada al temor a ser denunciadas, a no recibir atención y a ser discriminadas como castigo por sus prácticas. Nótese, justamente, cómo el estigma experimentado y anticipado también puede conducir a una autoestigmatización. Cuando el estigma se interioriza produce baja autoestima y autovaloración, lo que crea una sensación de no merecer atención ni cuidados, promoviendo prácticas de rechazo hacia la búsqueda de atención.

A MODO DE CIERRE: ALGUNAS PISTAS PARA PENSAR DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Como se fue desarrollando a lo largo de los apartados, las actuales políticas de drogas en la región basadas en la lógica del castigo, tienen consecuencias negativas para la vida de las mujeres y comunidades LGTBIQ+ así como para sus familias. Su ineficacia además se traduce en la vulneración de derechos.

Incluir la perspectiva de género en las políticas y los programas implica entender las diferencias, comprendiendo cuáles son las condiciones que hacen que las mujeres y las diversidades sexuales vivan situaciones de desigualdad injustas.

Para esto sería necesario generar investigaciones sobre los diferentes modos en que las mujeres participan de los problemas asociados a las drogas (producción, venta, uso), distinguiendo los efectos diversos en sus experiencias y trayectorias de vida, e identificando los potenciales daños que las actuales políticas de drogas producen. También se requiere crear programas de formación sobre estigma y discriminación hacia mujeres y comunidades LGTBIQ+ que usan drogas, prestando especial atención a que las mujeres embarazadas o madres no sean discriminadas por sus prácticas de consumo.

En el mismo sentido, resulta necesario promover que puedan acceder a servicios de tratamiento y de reducción de daños sin temor a ser arrestadas o discriminadas por sus prácticas de consumo; y comprometerse en una fuerte transformación de los modelos tradicionales y punitivistas de atención a las mujeres y diversidades que atraviesan situaciones de consumos problemáticos, para profundizar el tránsito hacia dispositivos y enfoques comprometidos con un enfoque de derechos que incluyan y promuevan la perspectiva de género. En ese escenario, la función de los equipos es central para ampliar la escucha, acompañar las decisiones informadas, y reconocer los diferentes modos de consumo de sustancias siempre situados en coordenadas espacio-temporales y socio-históricas particulares (Goltzman, P. 2018).

Finalmente, es importante señalar la centralidad de la participación activa de las organizaciones de mujeres y comunidades LGTBIQ+ que usan drogas en el diseño e implementación de programas y servicios, y en las instancias de formación y capacitación, reconociéndoles en la práctica su rol activo en las luchas por la equidad.

BIBLIOGRAFÍA

Arana, X. y Germán, I. (2005). *"Las personas usuarias de drogas especialmente vulnerables y los derechos humanos: personas usuarias con patología dual y mujeres usuarias de drogas".* Rev: Eguzkilore, Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología. San Sebastián, No 19- 2005.

Arístegui, I. y Zalazar V. (2014). *Ley de Identidad de Género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fundación Huésped. Disponible en: https://bit.ly/3fqMFvc

Chaparro S., Perez Correa C, y Youngers C. (2017) *Castigos Irracionales: Leyes de drogas y encarcelamiento en América Latina.* Disponible en https://www.tni.org/files/publication-downloads/folleto_cide_castigos_irracionales_v15_full.pdf

Comes Y. (2004) "*Accesibilidad: Una revisión conceptual"*. Documento Laboris realizado en el marco del proyecto de Investigación Equity and decentralization: Accessibility of poor families from Buenos Aires province to health public services of Buenos Aires City. International Development Research Centre of Canadá. Bs. As.: Mimeo.

Corda, A., Galante, A. y Rossi, D. (2014) *Personas que usan estupefacientes en Argentina. De "delicuentes-enfermos" a sujetos de derechos.* Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.

Cortés E, Metaal P. (2019) *Mercados de cocaína fumable en América Latina y el Caribe. Llamamiento a favor de una respuesta sostenible en materia de políticas* Disponible en: https://www.tni.org/files/ publication-downloads/tni-smokablecocaine_sp_web-def.pdf

Di Iorio, J. Ahumada, C. y Shirley-Bevan, S. (2020). *Global State of Harm Reduction 2020. Latin America and The Caribbean* Disponible en https://www.hri.global/files/2020/10/26/Global_State_HRI_2020_2_3_Caribbean_Latin_FA_WEB.pdf

Diez, M. Pawlowicz, M. Vissicchio, F. Amendolaro, R. Barla, J. Muñiz, A. Arrúa, L. (2020) *Entre la invisibilidad y el estigma: consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas y puérperas de tres hospitales generales de Argentina.* Revista Salud Colectiva. 2020;16:e2509. doi: 10.18294/sc.2020.2509. Universidad Nacional de Lanús. Disponible en: http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/2509

Goltzman,P (2018). *Ideas poderosas: producción de salud y cuidado en el uso de drogas con adolescentes*, 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil. Disponible en: https://intercambios.org.ar/assets/files/Ideas-poderosas.pdf

Medina-Perucha, L., Family, H., Scott, J. et al. *Factors Associated with Sexual Risks and Risk of STIs, HIV and Other Blood-Borne Viruses Among Women Using Heroin and Other Drugs: A Systematic Literature Review*. AIDS Behav 23, 222–251 (2019). https://doi.org/10.1007/s10461-018-2238-7

OAD- SEDRONAR. (2017) *Estudio Nacional Informe de Resultados N° 1 en población de 12 a 65 años, sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas.*

Parga, J. y Altamirano, P.R. (2011) *"Género, desigualdades socioeconómicas y uso de drogas. Procesos de cambio en las prácticas y patrones de consumo en la Provincia de Buenos Aires en el período 1997-2007"*. En el CD Room de las "IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población". ISBN 978-950-29-1163-2: Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales- UBA.

Pawlowicz, M. P.; Abal, Y. y Rossi, D. (2019) *Persistencias en la epidemia de VIH: estigma y acceso a la atención hospitalaria de personas con VIH y otras poblaciones clave.* 1a ed. revisada. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.

Setién L. y Parga J. (2019) *Disciplinamientos y estrategias biopolíticas de control de los cuerpos de mujeres usuarias de sustancias psicoactivas. En Horizontes en intervenciones sociales.* Buenos Aires: Teseo. P. 79. Disponible en: https://www.teseopress.com/horizontes

Tajer D, Reid GB, Lo Russo A, Cuadra ME, Jeifetz V, Roitenburd F, Ceneri E, Solis M y Salvo I. (2014) *"Equidad de género en la calidad de atención en adolescencia"*. Congreso de Psicología, Facultad de Psicología (UBA).

Touzé G. (2006) *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína.* Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas.

UNODC (2020). *World Drug Report 2020*. Booklet 2. Drug Use and Health Consequences [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 6]. Available from: https:// wdr.unodc.org/wdr2020/

WOLA. (2016) *Advocacy for Human Rights in the Americas. Mujeres, políticas de drogas y encarcelamiento. Una guía para la reforma de políticas en América Latina* [Internet]. Disponible en https://www.wola.org/sites/default/files/Guia.FINAL_.pdf

CHEMSEX E INTERVENCIÓN INTEGRAL. ABORDAJE DESDE LA PREVENCIÓN, EL TRATAMIENTO Y LA ATENCIÓN SOCIAL

CHEMSEX AND INTEGRAL INTERVENTION. APPROACH FROM PREVENTION, TREATMENT AND SOCIAL CARE

Aldana Menéndez Ramírez

Trabajadora social y Antropóloga. Coordinadora de programas de prevención, sensibilización y atención en el ámbito del VIH/sida. Responsable del área de salud sexual y VIH de Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD).

Jordi García Rodríguez

Psicólogo. Especializado en psicología social, política y cultural. Voluntario en Reducción de Riesgos (Energy Control) desde 2014 y con experiencia en salas de Reducción de Daños. del área de salud sexual y VIH de Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD).

Laura Moreno Rozas

Psicóloga/Psicoterapeuta. Máster/Especialista en Adicciones, Clínica Psicoanalítica con Niños, Adolescentes y Adultos, Terapia Multifamiliar, Psicología General Sanitaria y en el Abordaje Integrado de la Salud Sexual y los problemas de Consumo de Drogas en el contexto del Chemsex. Coordinadora del Área de Drogas y Adicciones Comportamentales en Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD).-Madrid.

RESUMEN

A partir de la experiencia en el ámbito de las drogas, la salud sexual y la exclusión social, ABD desarrolla programas y servicios desde una perspectiva interdisciplinar y de trabajo comunitario que permite acciones preventivas, a través de la intervención entre iguales y recursos *online*, el acceso a tratamientos basados en la evidencia y la atención a personas en situación de vulnerabilidad o vulneradas, todo esto es esencial para responder a las diferentes necesidades y realidades de la población GBHSH que practica *chemsex*.

PALABRAS CLAVE

Chemsex, atención integral, reducción de riesgos, tratamiento, exclusión social.

ABSTRACT

Based on the experience in the field of drugs, sexual health and social exclusion, ABD develops programs and services from an interdisciplinary perspective and community work that allows preventive actions, through the intervention peer to peer and online resources, the access to evidence-based treatment and care for people in vulnerable situations, all of which are essential to respond to the different needs and realities of the GBHSH population who practice *chemsex*.

KEY WORDS

Chemsex, holistic care, harm reduction, treatment, social exclusion.

INTRODUCCIÓN AL FENÓMENO

La relación entre el uso de drogas y el riesgo de infección por VIH se lleva investigando desde hace más de 20 años y se considera que existe una asociación entre ambos: las personas que toman una variedad de drogas durante las relaciones sexuales tienen más probabilidades de participar en comportamientos de riesgo de transmisión del VIH, que las personas que no lo hacen (Bourne et al. 2014; Weatherburn et al, 2017).

Aunque en España, desde el inicio de la epidemia del VIH, se ha puesto de manifiesto una fuerte asociación entre el consumo de drogas y la infección por el VIH, siendo las personas consumidoras de heroína el grupo más afectado hasta entonces de la población, en el momento actual la población con mayor incidencia de VIH en España y otros países occidentales son los HSH -hombres que tienen sexo con hombres- (Coll y Fumaz, 2016: 77-84). Esta población representa cada año aproximadamente, la mitad de los casos reportados, aunque cabe destacar que, desde la aprobación e implementación de los programas sobre la PrEP se ha notificado un 60% menos de diagnósticos en dicha población HSH (Secretaria del Plan Nacional sobre el Sida [SPNS], 2020). La PrEP se refiere a la utilización de fármacos antirretrovirales para prevenir la infección por el VIH adquirida sexualmente. Se utiliza para evitar la transmisión del VIH en personas sin VIH y que pueden realizar prácticas de alto riesgo para contraer la infección. Se trata de una estrategia que implica la toma de una pastilla diaria, incluye un seguimiento clínico y de

adherencia, así como el consejo asistido. Tal como se propone en diversos documentos de consenso, resulta imprescindible que la PrEp se complemente con otras acciones relacionadas con el enfoque de reducción de riesgos, la educación sexual, el diagnóstico precoz de la infección por el VIH y otras ITS, el uso del preservativo y el consumo de drogas (SPNS, 2020:5-6).

Este vínculo entre el consumo de drogas durante las prácticas sexuales, los hombres que tienen prácticas sexuales con hombres y el VIH, lleva al término de *chemsex*, palabra inglesa que combina *chems* de químicos o drogas y *sex* de sexo, denominando así encuentros o sesiones de sexo principalmente entre GBHSH,[1] donde se consumen intencionadamente diferentes sustancias y que tienen una duración de horas o días, pudiendo estar presentes múltiples parejas sexuales (también se realizan de forma individual y/o a través de plataformas *online*).

LAS *CHEMS* Y SU EXPANSIÓN

El uso sexualizado de sustancias psicoactivas ha estado presente en la historia de la humanidad desde hace milenios y su uso es independiente de cualquier orientación sexual. El cambio producido en este contexto parece estar relacionado con la aparición de sustancias de uso "reciente": la metanfetamina, la mefedrona[2] y el GHB/GBL,[3] denominadas como *chems*. Además, otros aspectos, estrechamente vinculados a la transformación de los entornos de consumo y a la cultura gay, son clave para comprender su proliferación, y también sus riesgos.

Hasta la llegada del *chemsex* en Europa, el consumo de metanfetamina era minoritario y su adquisición costosa. Su uso siempre ha sido más frecuente en otros países como EE. UU, y ya desde la década de los 90, encontramos estudios sobre la asociación de esta sustancia y las prácticas sexuales de riesgo, en población de hombres gais, bisexuales y heterosexuales, y mujeres heterosexuales (Molitor et al, 1998: 1596–1604).[4] En cuanto al aumento del consumo de metanfetamina en Europa, la la existencia de circuitos cerrados de ocio a nivel internacional, y su vinculación al sexo casual, han facilitado que las barreras demográficas puedan atravesarse con mayor facilidad. Ésta ha sido la forma en que llegó, inicialmente, la metanfetamina a Londres (Stuart, 2019).

Con relación al GHB,[5] éste fue sintetizado en la década de los 60 y a lo largo de su historia se ha utilizado, como anestésico por sus efectos en la fase REM, como fármaco para la deshabituación del alcohol, e incluso como anabolizante

1 Gais, Bisexuales y Hombres que tienen Sexo con Hombres.

2 4-metilmetcationona (4-MMC).

3 Ácido gamma-hidroxibutírico (GHB) y Gamma-butirolactona (GBL).

4 Las población del estudio muestra mayor prevalencia de consumo sexualizado de metanfetamina en hombres y mujeres heterosexuales que en hombres gais. Pese a esto, también se observa que la incidencia del VIH continúa siendo superior en esta última población. Posteriormente, a partir del 2000 (coincidiendo con el avance en nuevas tecnologías), se detecta un aumento en el consumo de metanfetamina en la población gay de EE. UU.

5 Al ingerirse actúa como un profármaco.

(Lapierre et al, 1990; Addolorato et al, 1999; Wedin et al, 2006). Su uso recreativo también está presente en otras poblaciones y contextos de consumo (Koesters et al, 2002; Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas [DGPNSD], 2020; 2021). En cuanto a su adquisición, suele ser menos frecuente que la de su precursor, el GBL. Esto podría deberse a dos razones: los riesgos en la síntesis del GHB y el relativo fácil acceso al GBL hasta el momento actual (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2008).

Por otro lado, se ha de hablar de la mefedrona, considerada como la única NPS[6] entre las tres mencionadas. Saem de Burnaga (1929) la sintetizó, pero su uso no se popularizó hasta esta última década. Se vincula su aparición en los clubs de música electrónica a la escasez de MDMA, generada tras la fiscalización de los precursores[7] principales utilizados en su síntesis. Tras ser también fiscalizada, otras catinonas[8] han ido apareciendo a lo largo de estos años (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito [UNOCD], 2014). Este tipo de sustancias, y en general todas las NPS, entrañan mayores riesgos que otras sustancias, por su poco conocimiento y escasa investigación sobre los efectos en la salud a corto, medio y largo plazo (Dolengevich-Segal, 2015).

En cuanto a las aplicaciones de geolocalización, éstas han facilitado el acceso y mayor visualización del uso de drogas. Además, han generado un cambio en las relaciones y forma de vincularse entre las personas, y en los entornos de consumo. Concretamente han transportado el *chemsex* a casas particulares, dificultando aún más el acceso y atención a esta población.

Por último, y no menos importante, el factor cultural vinculado al ocio sexual y al sexo casual en esta población ha facilitado también la expansión del *chemsex* (y con ello el uso de sustancias).

6 Nueva Sustancia Psicoactiva .

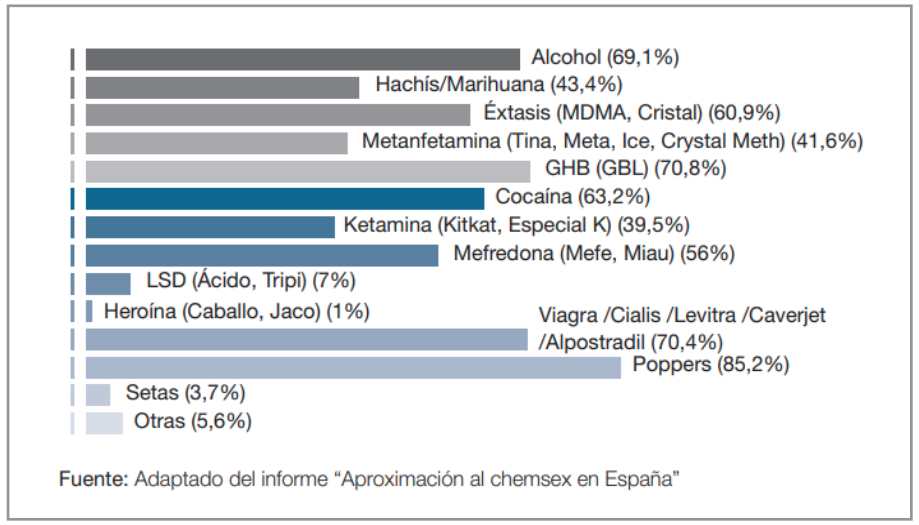
7 Piperonal, los aceites ricos en safrol y la PMK .

8 Datos del servicio de análisis de Energy Control (2018-actualidad): 3-MMC, 4-CMC, 4-CEC, 3-Chloroethcathinone son las catinonas vendidas como mefedrona más detectadas.

CONTEXTUALIZACIÓN DEL *CHEMSEX*

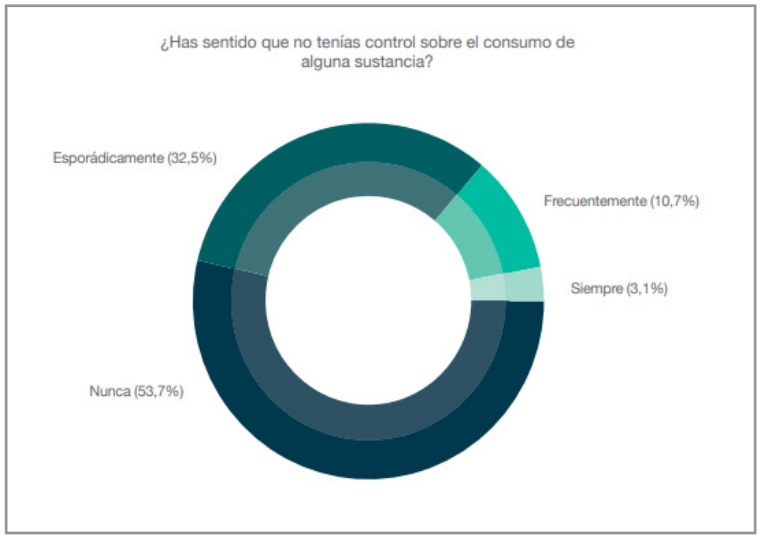
Desde su aparición, diferentes estudios epidemiológicos han intentado comprender el fenómeno, delimitando su definición a partir de diferentes criterios, pero sin un consenso general. Al diferir éstos, la realidad teorizada y observada para estudio no es exactamente la misma, por lo que es complicado extrapolar los datos a nivel general. Esta situación se produce tanto a nivel mundial, europeo, como nacional. Afortunadamente, la investigación e informe del Grupo de Trabajo sobre *Chemsex* (2019) y otros estudios (Zaro, I. et al, 2017), facilitan comprender el marco estatal. A continuación, se presentan algunos datos:

Figura 1: *Frecuencia de uso de diferentes tipos de drogas*



Nota: Tomada de Abordaje del fenómeno del chemsex (p.34) por SPNS (2020).

Figura 2: *Frecuencia de la autopercepción sobre el control del consumo*



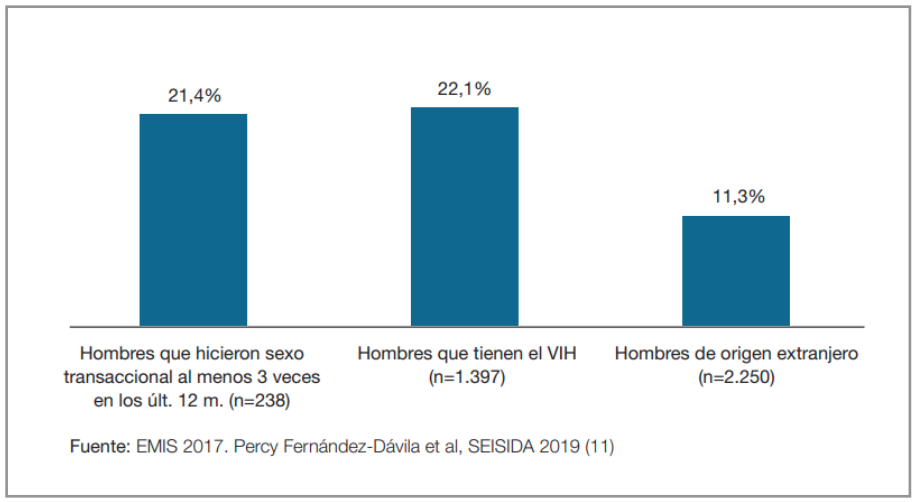
Nota: Tomada de Aproximación al Chemsex en España 2016 (p. 19) por Zaro, I. et al. (2017).

Figura 3: *Uso de drogas estimulantes y ketamina en contextos sexuales durante las últimas cuatro semanas previas a la realización de la encuesta por CCAA.*

Comunidades	%	Ciudades	%
Islas Baleares	12,4	Barcelona	13,7
Cataluña	10,6	Madrid	9,7
Comunidad de Madrid	8,8	Valencia	7,5
Canarias	7,3	Zaragoza	5,2
Comunidad Valenciana	6,5	Sevilla/Málaga	4,8
Aragón	5		
Principado de Asturias	4,8		

Fuente: EMIS-2017 datos España. C Folch et al. SEE 2019 (12)

Figura 4: *Prevalencia de la práctica de chemsex en subgrupos de hombres GBHSH durante las últimas cuatro semanas previas a la realización de la encuesta.*



Nota: Tomada de Abordaje del fenómeno del chemsex (p.37) por la SPNS (2020)

ABORDAJE DESDE LA PREVENCIÓN

Intervención entre iguales desde la gestión de placeres y riesgos

Desde ABD y en línea con otros programas nacionales y europeos, se hace uso de diversas estrategias para acercarse a la población que practica *chemsex* a través de la educación entre iguales (*peer education*) y del trabajo preventivo de proximidad (*outreach work*) para la promoción de la salud. Resulta necesario este tipo de acciones porque permiten establecer contacto con la población en los lugares que suelen frecuentar, con objeto de hacer llegar la información y sensibilizar respecto a la reducción de riesgos asociados a las prácticas sexuales y al consumo de sustancias.

Son diversas las razones que justifican las intervenciones basadas entre iguales (Simoni et al, 2011: 3-5): son coste-efectivas, empoderan a las personas implicadas, cuentan con mayor credibilidad, tienen mayor éxito a la hora de traspasar la información, actúan como

buenos modelos y resultan una estrategia eficaz para educar a personas con la cuales es difícil establecer contacto (*hard-to-reach*) a través de métodos convencionales, entre otras. En este sentido, resulta fundamental establecer criterios de vinculación entre las personas interesadas, ejercer un rol de agentes multiplicadores de mensajes preventivos entre ellas, incluir aspectos de disponibilidad (ésta ha de ser amplia), experiencia previa (se han vivido y se comprenden experiencias similares) y cuestiones personales que refuerzan y motivan (conducta, trabajo en equipo, la actividad del voluntariado, etc.), proceder a partir o contando de/con la población destinataria, tener conocimiento e interés sobre el fenómeno del *chemsex* y otras características relevantes para una intervención de educación entre iguales.

Existen evidencias que sugieren que las personas receptoras de la educación de iguales encontrarán más creíbles las acciones que se despliegan desde personas que son ligeramente de mayor edad (Cripps, 1997: 15-17). Finalmente, es fundamental que las personas implicadas como agentes de salud reciban una formación efectiva sobre conocimientos y habilidades, así como una supervisión cercana durante la fase de implementación de la intervención (Lindsey, 1997; Sloane y Zimmer, 1993).

De esta forma, se desarrollan acciones formativas que nutren de contenido e información las intervenciones que estos agentes llevan a cabo. En el contexto formativo se parte de la idea de que, tanto en el consumo de sustancias como en la vivencia de la sexualidad, no se toman decisiones únicamente por los parámetros de la seguridad (gestión de riesgos), sino que se rigen además por la búsqueda del placer (gestión de placeres). De esta manera, resulta indispensable incorporar este abordaje en el despliegue de estrategias en la promoción de la salud sexual y de un uso de drogas de menor riesgo.

Ambas estrategias (*outreach work/peer to peer*) cuentan con un amplio bagaje en el ámbito de las drogas y también en la prevención del VIH (Jiayu et al, 2020). Se han mostrado eficaces a la hora de contactar y trabajar con la población diana, son una herramienta eficaz con un impacto a largo plazo para el cambio de comportamiento entre grupos/personas con prácticas de riesgo y, al mismo tiempo, parten de una lógica de acción comunitaria que trata de implicar a las personas en la solución de las dificultades o la cobertura de las necesidades que les conciernen, lo cual permite aumentar la eficacia de la intervención en la promoción de la salud.

Información y asesoramiento online

En 2017, Energy Control, proyecto de ABD, lanzó como iniciativa Chem-Safe.org, junto a la colaboración de diferentes entidades LGBTI+, para dar respuesta a la creciente demanda por parte de usuarios de *chemsex*.

El proyecto, basado en una web, ofrece información y asesoramiento para la gestión de placeres y riesgos, promoviendo la autonomía y el desarrollo de estrategias basadas en la reducción de riesgos (RdR). Su formato *online* permite que los contenidos preventivos sean accesibles en todo momento y lugar.

Además, cuenta con un blog que da apoyo a las actividades de formación profesional y al trabajo en red.

En cuanto a los contenidos, pueden clasificarse en 4 bloques principales: (1) las sustancias y sus características, (2) los factores personales, (3) las particularidades del entorno y contexto de consumo y (4) la sexualidad. Los tres primeros bloques se basan en el triángulo de Zinberg (1984), donde estas dimensiones son las variables que influyen en los efectos del consumo. A través de estos contenidos se ofrece una herramienta esencial para la prevención y reducción de riesgos.

El perfil de las personas atendidas, a través de las consultas *online*, es en su mayoría de hombres gais. Pero, también se atienden a una cantidad considerable de mujeres y hombres heterosexuales. La mayoría de las demandas se solucionan con una sola intervención, gran parte de éstas están relacionadas con el *chemsex* o el consumo de drogas. El motivo principal por el que llegan estas consultas es obtener información útil para reducir los riesgos asociados al consumo. Las consultas sobre salud sexual son menos frecuentes y principalmente son demandas de información sobre el VIH.

Abordaje desde el Tratamiento/acompañamiento terapéutico

Desde un abordaje puramente de tratamiento y acompañamiento terapéutico (aunque desde el servicio se asesoran además demandas puntuales), se aporta la experiencia del Servicio de Atención Especializada (SAE), que atiende (presencialmente en Madrid y Barcelona, aunque también en formato *online*), específicamente a estos perfiles cuando demandan atención por dinámicas difíciles y de malestar en relación al uso de sustancias/drogas, al uso de éstas en contextos sexuales - *chemsex*, y al uso de tecnologías (apps).

El equipo que atiende está formado hoy en día por profesionales de la psicología y la psiquiatría, con bagaje clínico amplio, experiencia en adicciones (centros de tratamiento de la red en Madrid y Barcelona), en la intervención con personas consumidoras desde la RdR (*Energy Control*) y la RdD (recursos de reducción del daño en Madrid y Barcelona), y con formación en temas relacionados con la salud sexual y competencias culturales respecto a la población LGBTI+. Este equipo coordina y trabaja muy estrechamente con ChemSafe, desde donde reciben derivaciones, o asesoran en el mismo algunas de ellas, con necesidad de tratamiento, existiendo un puente entre ambos proyectos.

Su atención en estos años a perfiles con diferentes tipos de usos problemáticos (incluidas también las adicciones), que no se plantean de entrada una abstinencia y quieren proseguir viviendo con el uso concreto de sustancias que sea (en el ocio, en relaciones sexuales u otros), pero que quieren tomar todas las medidas precisas para evitar al máximo posible el daño, ha posibilitado que el equipo y el servicio se hayan especializado poco a poco en el trabajo con un perfil diferente, que consume sustancias/drogas diferentes, que las utiliza en contextos de ocio diferentes (o menos visibilizados en otras personas

de la población) y que precisa por tanto de unas condiciones de abordaje diferentes.

Dicho abordaje supone aplicar desde el inicio la RdR y RdD (adaptándonos a la necesidad demandada) y acompañar a la persona en su proceso terapéutico, la cual en un momento determinado puede plantearse/o no el deseo/necesidad de la abstinencia. Solo en ese momento en que se lo plantee, el trabajo se dirigirá a ese objetivo de abstinencia, antes no.

Es un modelo de atención en el que no existe un trabajo o terapia directiva por parte del equipo profesional, sino que se trabaja considerando en todo momento y dando prioridad a los objetivos, expectativas, necesidades, tiempos y dirección que la persona atendida plantea en cada momento. Se trata de un proceso de trabajo terapéutico centrado en la persona, en el que se empodera a la misma como protagonista y responsable de sus elecciones y se le proporcionan herramientas para gestionar las mismas y sus consecuencias. Por tanto, es imprescindible una actitud profesional, en el sentido de ser respetuosa hacia la persona, con ausencia de juicios morales hacia sus elecciones, y objetiva y técnica en la medida que aplica principios de salud a la realidad sobre la que ha de intervenir/acompañar.

Así mismo, no se usan etiquetas ni diagnósticos para/con la persona atendida, ya que se considera, no aportan ni ayudan en la evolución positiva en el proceso, sino que suelen cronificar, limitar posibilidades de mejora y condicionar en negativo la motivación y autopercepción de eficacia de ésta. Se realiza una atención integral en sentido amplio, es decir, abordando el uso de drogas, de *apps* (aplicaciones de contacto), la sexualidad, y, además, trabajando necesariamente de base, otros aspectos de malestar previos en su historia de vida, que puedan haber sido/sean factores de predisposición hacia las conductas adictivas u otros usos problemáticos. Ello supone considerar el uso problemático visible/disponible como síntoma y no como la verdadera causa de las dificultades, teniendo que hacer un trabajo clínico más analítico y en profundidad para llegar a las mismas, requiriendo en este sentido conocimientos y práctica clínica amplia en los perfiles profesionales.

En este sentido, es transversal al trabajar con población LGBTI+, abordar los diferentes estigmas y la discriminación que viven y experimentan a lo largo de sus vidas, en relación a su identidad y a su orientación sexual (homofobia, en ocasiones interiorizada), a su estado frente al VIH (serofobia), a su elección de uso de drogas.., y que pueden producir/producen como resultado afecciones negativas en la salud, en la esfera emocional, sexual, relacional, y de desarrollo de su personalidad y autoestima. El equipo y el servicio se mantienen actualizados en todo momento en lo que a NPS o nuevas sustancias psicoactivas se refiere y en la atención especializada a estos perfiles. siguiendo guías de atención nacionales (SPNS, 2020) y europeas basadas en la evidencia (Abdulrahim, D. et al., 2016).

Añadir, que ABD gestiona otros servicios de la red pública de atención en Barcelona, que abordan las adicciones u otras problemáticas de consumo de sustancias, incluido el *chemsex*.

Específicamente, el CAS de Sants, con un programa específico y referente en la red pública en Barcelona, y el CAS Baluard, que atiende, aunque no es específico en/para el trabajo con estos perfiles. Concretamente desde el primero, aun siendo un abordaje basado en los modelos de atención en adicciones propios de la red pública, se trabaja desde un enfoque más adaptado a las demandas específicas de esta realidad.

ABORDAJE DESDE LA ATENCIÓN SOCIAL Y EL ACOMPAÑAMIENTO

El abordaje del consumo de sustancias y en concreto de las prácticas de *chemsex*, así como la prevención, detección y tratamiento en el ámbito de la salud sexual, están incluidas entre las prioridades de estrategias de salud pública en diversos planes y programas (SPNS, 2018: 12).

En este sentido, cobra especial relevancia tener presentes los condicionantes sociales que afectan la vida cotidiana de las personas, a fin de adaptar las intervenciones y acciones a las necesidades de la población diana. Tal como lo establece la Organización Mundial de la Salud (OMS), las desigualdades son sistemáticas y son el resultado de normas, políticas y prácticas sociales, que toleran o incluso favorecen una distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos sociales necesarios, y del acceso a éstos (OMS, 2009: 18) . Por tanto, resulta fundamental que sea tenida en cuenta la posición social que ocupan las personas a las que dirigimos nuestra atención y que sean incluidas en el proceso de diseño, implementación y evaluación como protagonistas de su propio proceso.

A continuación, se aborda la experiencia de ABD a través de otros servicios (diferentes al SAE del área de drogas y adicciones comportamentales) que también atienden (desde el área de VIH y salud sexual) a las personas que practican chemsex, con consumos problemáticos de sustancias y que se encuentran inmersas en situaciones de riesgo o exclusión social.

A fin de situar esta experiencia, surge la necesidad de explicitar, lo que se entiende desde la entidad por exclusión social. Ésta supone la carencia de recursos materiales y simbólicos, la vulneración de derechos y la limitación a los espacios de participación en diferentes ámbitos de la vida social. Por otra parte, entendemos por consumo problemático el uso de sustancias de forma perjudicial, que afecta de manera nociva diferentes ámbitos de la vida de la persona y su entorno inmediato.

La red de atención social, dirigida a personas que viven con el VIH (PVV) y que se encuentran en una situación de exclusión social, incluye dispositivos residenciales, tales como pisos de soporte, viviendas de acogida, centros residenciales y viviendas de inclusión (Institut Català d'Assistència i Serveis Socials [ICAAS], 2010: 17), así como servicios de acompañamiento a la vida autónoma. Se trata de entornos residenciales que despliegan un modelo de abordaje centrado en la persona, con el fin de mejorar la calidad de vida y de adquirir la mayor autonomía posible. La finalidad de estos equipamientos es medida y valorada a través de rigurosos criterios e indicadores de calidad (ICAAS, 2009: 10-82).

En este contexto, a través del acompañamiento socioeducativo, el soporte emocional y la inserción sociolaboral, se pretende dar cobertura a las necesidades básicas y promover un espacio relacional de convivencia basado en el respeto a las diversidades que han de garantizar, proteger y promover los derechos. Se trata de dispositivos esenciales para promover la salud desde un enfoque integral, a partir del trabajo individual, grupal y comunitario.

Tal como se ha mencionado inicialmente, la epidemia del VIH y el consumo de sustancias en España ha mantenido una interrelación ineludible. Por este motivo, a partir de finales de la década de los 80 y principios de los 90, el perfil de personas que históricamente se ha atendido en los entornos residenciales estaba dirigido mayoritariamente a hombres cis heterosexuales, con falta de recursos socioeconómicos, con consumo crónico de drogas por vía parenteral y una vinculación estrecha a la red asistencial. En los últimos veinte años, es posible añadir a este perfil, un incremento de la población de diferentes orígenes culturales (vinculado a los movimientos migratorios), una escasa red sociofamiliar y afectiva, y la presencia de diferentes patologías asociadas. Estos dispositivos residenciales emergieron con la clara intención de realizar un acompañamiento digno a la muerte, y cubrir las necesidades básicas de una población que se encontraba en una situación de marginalidad y extrema fragilidad. Con el transcurso del tiempo y de los avances en las estrategias biomédicas, los recursos residenciales y los servicios de atención social dirigidos a esta población específica, han ido adaptando sus intervenciones a fin de poder dar una respuesta integral a las necesidades emergentes.

A partir del cambio en los patrones de consumo, de la detección de personas en situación de exclusión social con prácticas de *chemsex* y la creciente demanda de soporte y acompañamiento en el ámbito social, los servicios reestructuraron sus intervenciones a fin de dar respuestas adaptadas al nuevo perfil de personas que eran y son derivadas a la red de atención social.

A partir del año 2016 se comenzó a detectar, en los diferentes servicios que gestiona Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD), un volumen importante de personas derivadas que presentaban un perfil diferencial, que obligaba a la reflexión y adaptación de la red de recursos y programas que se estaban desplegando. En este sentido, es posible destacar un perfil de hombres GBHSH con un diagnóstico de VIH reciente, de diferentes orígenes culturales, que realiza prácticas de *chemsex* y que desarrolla un consumo problemático de drogas. Este perfil se corresponde con los últimos datos aportados por el informe de Vigilancia Epidemiológica del VIH y el Sida en España, que refleja la notificación de 2.698 nuevos diagnósticos de VIH. El 85,8% corresponde a hombres y la media de edad es de 36 años. La transmisión en GBHSH es la más frecuente, 56,6%, seguida de la heterosexual, 32,3%, y la que se produce en personas que se inyectan drogas (PID), 2,6%. El 36,1% de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH se realizó en personas originarias de otros países (SPNS, 2020: 7). La realidad de atención presente en los servicios que son gestionados por Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD), evidencia la prevalencia del VIH que

indican estos datos: la vía sexual es el modo de transmisión principal en los nuevos diagnósticos de VIH, y la transmisión entre hombres GBHSH es la mayoritaria.

Se trata de personas que no tienen conocimiento y experiencia sobre el funcionamiento del tejido asociativo y asistencial, que se encuentran en situaciones precarias de corto recorrido y que se enfrentan al desconocimiento de los equipos profesionales sobre sus necesidades, cuando solicitan atención a través de los recursos/servicios disponibles. En este sentido, se considera que la formación de profesionales sobre la temática de chemsex y el abordaje interdisciplinar juega un rol preponderante a fin de dar respuesta a sus necesidades, inquietudes y demandas.

La comunidad LGTBI+ ve afectados sus procesos de salud-enfermedad como consecuencia de los condicionantes sociales y una estructura social claramente desigual, hecho que pone en evidencia la necesidad de adoptar medidas específicas como la promoción del diagnóstico precoz desde centros comunitarios dirigidos a hombres GBHSH y mujeres trans*[9] (*Meulbroek et al*. 2020). A este panorama de desigualdad social, hemos de sumar la discriminación y el estigma asociados al consumo problemático de drogas, la exclusión del modelo hegemónico de la sexualidad y el diagnóstico de VIH.

Así, se evidencian las necesidades de un grupo de personas que han llegado a una situación de exclusión social extrema, que se ve condicionada, al mismo tiempo, por el consumo problemático de sustancias y trastornos de salud mental asociados al *chemsex*. Esta situación social se ve agravada por la exclusión residencial entendida, como aquella situación donde existe una limitación o imposibilidad de cubrir las necesidades básicas de una vivienda. Las causas de esta problemática son multifactoriales, vienen determinadas por un conjunto de situaciones y acontecimientos que desencadenan una pérdida gradual de derechos, seguridad y bienestar, y que acaba comportando la exclusión residencial, así como la exclusión social. En este sentido, se realiza una clasificación de estos factores en diferentes categorías: estructurales, institucionales, relacionales, personales; estos últimos incluyen todos aquellos derivados de las situaciones de cada persona, relacionados con aspectos como las adicciones, las enfermedades crónicas o la diversidad funcional (Sales, 2014: 13-14). También se encuentran aquellos factores resultantes de la discriminación y el estigma asociado a la orientación sexual e identidad de género, el consumo de sustancias, el estado serológico, la racialización y la situación administrativa irregular, entre otras.

Por otro lado, se entiende la vivienda, no sólo como un "abrigo de la intemperie" (Merton, 1963: 11), sino que también cumple una función de protección del exterior, de confort, de espacio seguro

9 Trans*: incluye a personas transexuales, transgénero, travestis, no binarias, con expresión de género fluido y otras variaciones de género

para las personas, a la vez, que es un espacio donde las personas satisfacen sus necesidades primarias, donde subsisten y desde donde cubren las necesidades biológicas y sociales. En este sentido, si partimos de la función social que tiene la vivienda, resulta preciso entenderla como el primer nivel necesario desde el cual las personas pueden adquirir unos mínimos de seguridad y bienestar, y que brinda la posibilidad de un punto de partida para iniciar un proceso de inserción social, de mejora de la calidad de vida y de gestión del consumo de sustancias.

Se detecta a este respecto, una gran dificultad ante la escasa oferta de dispositivos residenciales, en sus diferentes tipologías de atención, que acepten el consumo de alcohol y otras drogas. En general, la red de atención, apoyo y acompañamiento social, no dispone de unidades residenciales dirigidas a personas que requieran media o baja intensidad de atención, durante un periodo de tiempo de estancia indefinida, que cuente con espacios de consumo supervisado, que acepte el consumo sostenido en el tiempo y que no establezca la abstinencia como requisito de acceso. Esta realidad repercute de forma negativa en el sector de la población que se atiende, que encuentra limitadas sus opciones de atención e inserción. Todo el sistema de atención social ha de adaptarse a las necesidades de la población, no al revés.

Esta realidad manifiesta la necesidad de dar respuestas desde espacios seguros, que contemplen la perspectiva de derechos y que acojan todas las diversidades (afectiva, sexual, funcional, cultural…) en intersección con el consumo de sustancias y la experiencia de vivir con el VIH. Este enfoque permite comprender mejor y enfrentar las diferenciaciones y desigualdades en salud (Bowleg, 2012: 1267- 1273). En este sentido, se propone la incorporación del enfoque de género y de la cultura sexual gay, como ejes estratégicos en la intervención con personas en riesgo o en situación de exclusión social que practican chemsex. Está claro que los estereotipos, los mandatos de género y también las representaciones culturales y normas sociales, influyen de manera directa en las formas de comunicación, relación y comportamiento sexual y de consumo, así como también evidencian un efecto en la atención en el ámbito de la salud sexual y el uso de sustancias.

CONCLUSIONES

Resulta sumamente importante que la atención en el ámbito del *chemsex* vaya dirigida a la prevención, el tratamiento y acompañamiento estableciendo en todos los casos, herramientas y estrategias específicas que consideren de forma imprescindible la perspectiva de género, la cultura y el ocio de la comunidad LGTBI+, el enfoque de la reducción de riesgos y daños, el abordaje integral de aspectos conjuntos de consumo de sustancias y salud sexual, el trabajo comunitario y coordinado con distintos recursos que atienden a esta población, la intervención en contextos de ocio y en las apps de contactos, las estrategias de equipos multidisciplinares formados específicamente para estas atenciones, y una mirada profesional amplia, desconectada del trabajo con otros perfiles, que valore y analice esta realidad sin prejuicios, e intervenga desde una actitud de máximo respeto, empoderando a la persona como responsable y

protagonista de su propio proceso. Por último, destacar que para comprender el fenómeno del *chemsex,* resulta indispensable tener en cuenta la categoría de género, su implicación en la evolución de la epidemia del VIH y en el consumo de sustancias, así como incorporarla en las acciones de prevención, atención y vigilancia del VIH y otras ITS, y en propuestas de tratamiento y reducción de riesgos en el ámbito de la salud sexual y las drogas, e incluirla en intervenciones innovadoras que acojan todas las diversidades desde una perspectiva interseccional.

BIBLIOGRAFÍA

Abdulrahim, D., Whiteley, C., Moncrieff, M., & Bowden-Jones, O. (2016). *Club Drug Use Among Lesbian, Gay, Bisexual and Trans (LGBT) People.* Novel Psychoactive Treatment UK Network. Disponible en: http://www.neptune-clinical-guidance.co.uk

Addolorato, G., Balducci, G., Capristo, E., Attilia, M.L., Taggi, F., Gasbarrini, G., y Ceccanti, M., (1999). *Gamma-Hydroxybutyric Acid (GHB) in the Treatment of Alcohol Withdrawal Syndrome: A Randomized Comparative Study Versus Benzodiazepine. Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23(10), 1596–1604.

Bourne, A., Reid, D., Hickson, F., Torres Rueda, S., & Weatherburn, P. (2014). *The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth, Southwark and Lewisham.*

Bowleg L (2012). *The problem with the phrase women and minorities: intersectionality-an important theoretical framework for Public Health.* American Journal of Public Health, 102(7), 1267- 1273.

Coll, J., y Fumaz, C. R. (2016). *Drogas recreativas y sexo en hombres que tienen sexo con hombres: chemsex. Riesgos, problemas de salud asociados a su consumo, factores emocionales y estrategias de intervención.* Rev Enf Emerg, 15(2), 77-84.

Cripps, C. (1997). Cripps, C. (1997). *Workers with attitude: peer education, drug workers and the whole'yoof'scene by the scruff of their necks.* Druglink 12, 15-18.

David Stuart, (2019) *"Chemsex: origins of the word, a history of the phenomenon and a respect to the culture"*. Drugs and Alcohol Today, 19 (1), 3-10,

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2020). *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017 – 2024: Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020*. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PLAD_2018-2020_FINAL.pdf

Secretaría del Plan Nacional sobre Sida. (2020). Documento técnico: *Abordaje sobre la salud mental del usuario con prácticas de chemsex*. Disponible en: https://profesionales.msd.es/static/medicos/pdf/abordaje-salud-mental-usuario-practicas-chemsex.pdf

Dolengevich-Segal, H., Salgado, B. R., Ramírez, J. G. A., & Sánchez-Mateos, D. (2015). *Nuevas Drogas Psicoactivas*. Adicciones, 27(3), 231-232.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), (2008). *Thematic Papers: GHB and its precursor GBL: an emerging trend case study.* Disponible en: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/505/TP_GHB_and_GBL_107300.pdf

Abdulrahim, D., Whiteley, C., Moncrieff, M., & Bowden-Jones, O. (2016). *Club Drug Use Among Lesbian, Gay, Bisexual and Trans (LGBT) People. Novel Psychoactive Treatment UK Network.* Disponible en: http://www.neptune-clinical-guidance.co.uk

Fisher, D. G., Reynolds, G. L., & Napper, L. E., (2010). *Use of crystal methamphetamine, Viagra, and sexual behavior.* Current opinion in infectious diseases, 23(1), 53–56. Disponible en: https://doi.org/10.1097/QCO.0b013e328334de0b

Guasch, O. (1995). *La sociedad rosa*. Barcelona: Anagrama.

Institut Català d'Assistència i Serveis Socials. (2009). *Indicadors de qualitat: llars residència i pisos amb suport per a persones amb SIDA*. Disponible en: http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD8031.pdf

Institut Català d'Assistència i Serveis Socials. (2010). *Bones pràctiques: recursos residencials per a persones afectades pel VIH/sida amb dificultats per a la inclusió social.* Disponible en: https://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/01departament/08publicacions/coleccions/eines/num_8/eines_8.pdf

Jiayu H., Ying W., Zhicheng D., Jing L., Na H. y Yuantao H. (2020). *Peer education for HIV prevention among high-risk groups: a systematic review and meta-analysis*. BMC Infectous Diseases. 20 (338). Disponible en: https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12879-020-05003-9.pdf

Koesters SC, Rogers PD, Rajasingham CR. *MDMA ('ecstasy') and other 'club drugs' (2002). The new epidemic*. Pediatric Clinics of North America. 49(2), 415-433. Disponible en: https://doi.org/10.1016/s0031-3955(01)00012-8.

Lindsey B. (1997) *Peer Education: A Viewpoint and Critique*. Journal of American College Health, 45 (4),187-90. Disponible en: https://doi.org/10.1080/07448481.1997.9936882

M. Meulbroek, A. Dalmau-Bueno, J. Saz, G. Marazzi, F. Pérez, J. Coll, H. Taboada, F. Pujol. (2020). F*alling HIV incidence in a community clinic cohort of men who have sex with men and transgender women in Barcelona. Spain.* Disponible en: https://doi.org/10.1177/0956462420932424

Merton, S.K. (1963). *Sociología de la Vivienda.* Buenos Aires: Paidós

Molitor, F., Truax, S. R., Ruiz, J. D., & Sun, R. K. (1998). *Association of methamphetamine use during sex with risky sexual behaviors and HIV infection among non-injection drug users.* The Western Journal of Medicine, 168(2), 93–97.

O. Lapierre, J. Montplaisir, M. Lamarre, M. A. Bedard, (1990). *The Effect of Gamma-Hydroxybutyrate on Nocturnal and Diurnal Sleep of Normal Subjects: Further Considerations on REM Sleep-Triggering Mechanisms. Sleep, 13(1), 24–30.* Disponible en: https://doi.org/10.1093/sleep/13.1.24

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2021). *Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España, EDADES 2019/20*. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-20_Informe_EDADES.pdf

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2020). *Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España, Informe 2020.* Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2020OEDA-INFORME.pdf

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2014). *Global Smart Update: El carácter cambiante del "éxtasis".* Disponible en: https://www.unodc.org/documents/scientific/GSU-11-SP.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Informe de la Comisión de Determinantes Sociales en Salud: Subsanar las desigualdades en una generación.* Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). (2015) *Estrategia ONUSIDA 2016-2021: Acción acelerada para acabar con el sida.* Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS-strategy-2016-2021_es.pdf

Saem de Burnaga, J., (1929). *Un homologue de l'ephedrine.* Bulletin de la Societé Chimique de France, 45, 284-286.

Sales, A. (2014). Diagnosi 2013: *Les persones sense llar a la ciutat de Barcelona i l'evolució dels recursos de la XAPSLL.* Disponible en: http://www.bcn.cat/barcelonainclusiva/ca/2013/7/xarxa2_diagnosi2013.pdf

Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. (2018). *Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual.* Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/Prorroga2017_2020_15Jun18.pdf

Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. (2020). *Abordaje del fenómeno del chemsex.* Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/chemSex/docs/CHEMSEX._ABORDAJE.pdf

Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. (2020). *Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2019: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida.* Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Informe_VIH_SIDA_20201130.pdf

Secretaría del Plan Nacional sobre Sida (SPNS). (2020). *Manual para la implementación del programa de Profilaxis Pre-exposición al VIH en España (SIPrEP).* Disponible en: www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/MANUAL_PREP.pdf

Secretaría del Plan Nacional sobre Sida. (2019). *Informe sobre chemsex en España.* Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/informeCHEMSEX.pdf

Simoni, J.M., Franks, J.C., Lehavot, K. y Yard, S.S., (2011). *Intervenciones entre pares para promover la salud: consideraciones conceptuales.* American Journal of Orthopsychiatry, 81 (3), 351–359.

Sloane, B.C., y Zimmer, C.G., (1993). *The power of peer health education.* Journal of American College Health, 41, 241-245.

Weatherburn P, Hickson F, Reid D, et al., (2017). *Motivations and values associated with combining sex and illicit drugs ('chemsex') among gay men in South London: findings from a qualitative study.* Sexually Transmitted Infections 2017;93:203-206.

Wedin, G., Hornfeldt, C., y Ylitalo, L., (2006). *The Clinical Development of γ-Hydroxybutyrate (GHB).* Current Drug Safety, 1(1), 99–106.

Zaro I., Navazo T., Vázquez J., García A., y Ibarguchi L., (2017). *Aproximación al Chemsex en España 2016.* Disponible en: https://apoyopositivo.org/wp-content/uploads/2017/04/Aproximaci%C3%B3n-Chemsex-en-Espa%C3%B1a-2016.pdf

Zimberg, N.E., (1984). Drug, Set, and Setting: *The Basis for Controlled Intoxicant Use*. Yale University Press.

CREACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA MEDIR EL GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL DISEÑO Y EJECUCIÓN DE PROGRAMAS Y SERVICIOS DE ADICCIONES.

CREATING AN ASSESSMENT TOOL FOR MEASURE GENDER APROACH IMPLEMENTATION DEGREE IN THE DRUG TREATMENT DESIGN AND IMPLEMENTATION.

Maite Tudela Marí

Psicóloga. Trabaja en Grup Atra en la dirección e impulso de nuevos programas. Durante más de 20 años ha puesto en marcha y desarrollado servicios de tratamiento de las adicciones en programas de prevención y tratamiento de drogodependencias con perspectiva de género. Secretaria de la Junta directiva de la Federación Catalana de Drogodependencias. Miembro de la Coordinadora de CCTT, PPRR y CCDD para drogodependientes de Catalunya.

Gisela Hansen Rodríguez

Doctora en Psicología clínica especializada en adicciones, salud mental y violencias. Coordinadora técnico-terapéutica de la Asociación Dianova. Profesora del Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Universidad de Barcelona. Miembro de la Junta directiva de la Federación Catalana de Drogodependencias.

RESUMEN

Un gran reto que enfrenta la red de atención a las adicciones en la actualidad es la incorporación de la perspectiva de género en el diseño de sus servicios y programas así como en sus equipos profesionales. Una de las dificultades habituales con las que se encuentran los/las profesionales es aplicar este constructo a la práctica cotidiana, ya que a menudo este concepto aparece como demasiado abstracto y difícil de traducir a cuestiones concretas. Con la finalidad de proporcionar herramientas que permitan orientar qué se puede considerar una buena práctica desde la perspectiva de género y medir el constructo, la Federación Catalana de Drogodependencias de la Generalitat de Catalunya (FCD) y la Sub-dirección General de Drogodependencias (SGD) han diseñado una herramienta para medir el grado de incorporación de la perspectiva de género (PdG) en los programas y servicios de la red de atención a las adicciones. La metodología de construcción del instrumento se ha basado en una revisión bibliográfica y en la realización de grupos focales de personas expertas en género y adicciones para extraer las dimensiones principales. El resultado final, después del trabajo de campo y posterior análisis y mejora del instrumento, fue la obtención de un instrumento diferenciado para los programas de prevención y para tratamiento. En este artículo presentamos el proceso de creación, los principales resultados y, por último, una serie de recomendaciones aplicables y concretas para potenciar la implementación de la PdG en las políticas, las entidades y los equipos profesionales.

PALABRAS CLAVE

Instrumentos de evaluación, perspectiva de género, adicciones, programas de tratamientos, programas de prevención.

ABSTRACT

A great challenge faced by the addiction care network today is the incorporation of the gender perspective in the design of its services and programs as well as in its professional teams. One of the usual difficulties faced by professionals is applying this construct to daily practice, since this concept often appears too abstract and difficult to translate into concrete issues. In order to provide tools to guide what can be considered a good practice from a gender perspective and measure the construct, the Catalan Federation of Drug Addiction (FCD) and the General Sub-Directorate of Drug Addiction (SGD) have designed a tool to measure the degree of incorporation of the gender perspective in the programs and services of the addiction care network. The methodology has been based on a bibliographic review and on the realization of focus groups of experts in gender and addictions to extract the main dimensions. The final result, after field work and subsequent analysis and improvement of the instrument, was the obtaining of a differentiated instrument for prevention programs and one for treatment. In this article we present the creation process, the main results and finally a series of applicable and concrete recommendations to promote the implementation of gender approach in policies, entities and professional teams.

KEY WORDS

Assessment tools, gender approach, addiction, treatments, prevention programs.

INTRODUCCIÓN

Uno de los grandes retos que tenemos en la actualidad en la red de atención a las adicciones es la introducción real de la perspectiva de género tanto a nivel de diseño de programas y servicios como de prácticas e implementación de estos diseños.

En Cataluña, la Sub-dirección General de Drogodependencias (SGD) de la Generalitat de Catalunya y la Federación Catalana de Drogodependencias (FCD) trabajan desde hace tiempo para que en la atención de las personas que usan drogas o que puedan presentar adicciones se contemplen todas sus características diferenciales de manera integrada, y para reducir las discriminaciones o barreras que puedan existir debidas a esta diversidad.

Con el fin de avanzar hacia la eliminación de este tipo de discriminaciones, es prioritario el análisis de cómo está de incorporada la perspectiva de género en los recursos que se encargan tanto de la prevención como de la asistencia de las personas que consumen como una base para diseñar medidas correctoras, y marcar un camino hacia el cambio. Para ello se ha creado la herramienta de evaluación del grado de implementación de la perspectiva de género en las entidades y programas que presentamos en este artículo.

La iniciativa y el impulso: Una colaboración entre la administración y la plataforma de entidades de la sociedad civil.

La SGD, desde hace más de 10 años, ha realizado acciones progresivas para incorporar la perspectiva de género en los servicios, los programas y las políticas de drogas. Además del análisis propio, se ha hecho sensibilización y formación a los / las profesionales de la Red de Atención a las Drogodependencias fomentando que se integre la perspectiva de género de forma transversal tanto en los materiales de sensibilización y prevención como en servicios y programas de tratamiento y reducción de daños. Se trata de un proceso gradual y continuo de mejora cuyo objetivo es estar atentos/as a las necesidades emergentes de la población destinataria.

La FCD aglutina a 25 entidades sin ánimo de lucro que actúan en el ámbito de las drogas y adicciones en el campo de la prevención, la atención y la inserción en Catalunya. Entre todas las entidades que forman parte de la FCD conforman un amplio abanico de servicios, proyectos y programas de atención orientadas a personas con perfiles diversos, pero unidas bajo un modelo común basado en la atención integral (biopsicosocial), un enfoque interseccional y comunitario, la perspectiva de los derechos humanos y la concepción de las cuestiones de las adicciones como una asignatura de salud pública. Las entidades de la FCD trabajan para dar respuesta adaptada y flexible a las necesidades de las personas atenuando los factores de riesgo y de exclusión en la

sociedad.

Es necesario destacar que la red de atención a las drogodependencias se creó desde una perspectiva androcéntrica atendiendo, entre otros factores, a la mayor prevalencia del consumo de drogas entre los hombres. Esto ha supuesto una invisibilización de las mujeres, así como de otras expresiones e identidades de género, y una falta de atención a sus especificidades y necesidades diferenciales que ha comportado obstáculos tanto en el acceso a los tratamientos como en su permanencia en los mismos.

Por lo tanto es necesario que los abordajes preventivos y asistenciales contemplen de manera específica y transversal los aspectos diferenciales derivados de la diferente socialización por ser hombres o mujeres, y se tenga en cuenta la diversidad de las personas considerando la interseccionalidad (Identidad de género, edad, etnia, clase social, proceso migratorio…) concepto acuñado por la jurista Kimberle Crenshaw en 1989 que hace referencia al fenómeno por el cual cada individuo sufre opresión u ostenta privilegio en base a su pertenencia a múltiples categorías sociales.

Desde la FCD se considera que, a pesar de todo el trabajo realizado en los últimos años desde las administraciones y las entidades, los resultados en cuanto la aplicación de la PdG en los diferentes programas y servicios ha sido desigual, y por lo tanto, el hecho de hacer un diagnóstico de la aplicación de la perspectiva de género en todos los programas y servicios, es una forma de "hacer una foto" para saber cómo está el sector en el momento de la aplicación del instrumento. A partir de este diagnóstico, se puede llevar a cabo un proceso de actualización y mejora preciso de los servicios, potenciando las herramientas que necesitan los/as profesionales (formación, documentos de buenas prácticas, bancos de recursos, espacios de encuentros profesionales) para que incorporen medidas específicas y efectivas en la prevención y la intervención según el momento en el que se encuentre cada entidad, servicio, programa o equipo.

¿Qué significa trabajar con perspectiva de género en el ámbito de las drogas y adicciones?

La perspectiva de género (PdG) es una herramienta de análisis de la realidad que recoge todas las metodologías y mecanismos destinados a estudiar las construcciones culturales y sociales atribuidas a los hombres y mujeres (identifica lo que se entiende como masculino y femenino).

Parte de la existencia de una desigual distribución de poder entre géneros donde el hombre ha sido el centro de todo (androcentrismo) y el género femenino ha sido infravalorado y ha contado con menos poder, mientras que otras identidades de género han sido invisibilizadas y penalizadas socialmente.

La PdG busca, por un lado, discernir y denunciar los condicionamientos culturales y sociales que pesan sobre las desigualdades y que generan identidad, y por otra, quiere promover iniciativas (políticas, programas, etc.) con el fin de

erradicar y corregir los factores que generan desigualdades.

El género, al igual que lo hace en otros ámbitos de la vida de las personas, conlleva una variable condicionante de la salud. Sin embargo, hasta hace poco tiempo, se ha tenido en cuenta de manera escasa en los estudios epidemiológicos y en las iniciativas que se llevan a cabo en el campo de la promoción de la salud y de la intervención social, y específicamente en el ámbito de las drogodependencias, donde se han obviado las diferencias debidas al género en los análisis y las interpretaciones, produciéndose una infrarepresentación de las mujeres y sus circunstancias y, en consecuencia, una visión incompleta y estereotipada del fenómeno.

Abordar la drogodependencia desde una perspectiva de género implica:

1. Tener presentes las desigualdades y especificidades de género en cuanto a los factores que condicionan las motivaciones para consumir, los diferentes patrones, y los diversos efectos y consecuencias.

2. Eliminar las desventajas o desigualdad que el género implica a la hora de acceder y permanecer en servicios preventivos y asistenciales.

Los datos nos muestran que las mujeres tienen mayores dificultades para iniciar tratamiento por problemas de adicción y que la permanencia en los programas es menor en comparación con los hombres, debido al diseño androcéntrico de los servicios/programas y la presión familiar que reciben por su rol de género.

Según el European Monitoring Centre for Drug and Drug addiction (EMCDDA por sus siglas en inglés), "Las mujeres representan aproximadamente una cuarta parte de todas las personas con problemas graves de drogas y alrededor de una quinta parte de las personas que ingresan al tratamiento por drogas en Europa". (ONU, 2016; EMCDDA, 2020). La investigación ha demostrado que la infrarrepresentación de mujeres usuarias de sustancias es una realidad en los servicios residenciales a largo plazo, los cuales son espacios particularmente masculinizados debido a la alta prevalencia de usuarios varones (por ejemplo, comunidades terapéuticas) (De Wilde, 2006; EMCDDA, 2006; Hansen, 2020). Se calcula que sólo un 20% de las demandas de tratamiento de drogodependencias en España son realizadas por mujeres y esto es una prevalencia actual que se viene manteniendo desde el inicio de la recogida de estos datos desagregados (PNSD, 2002; Coordinadora de Comunitats Terapèutiques i Pisos de reinserció, 2018, PNSD 2020). Las mujeres no sólo han tenido mayor dificultad para la entrada a los servicios y recursos, sino que también presentan un peor pronóstico basado en las estadísticas, al tener tanto menor adherencia terapéutica al tratamiento como mayores dificultades de reinserción (Castaño, M., 2007).

Según Patricia Martínez y Elisabete Arostegui, en su libro "Prevención de recaídas desde la perspectiva de género" (2020), podíamos clasificar las principales barreras en:

1. Barreras de acceso relacionadas con el modelo de atención (con las características de los propios programas de tratamiento y de las personas que los realizan):

- Ausencia de PdG en el diseño del programa (no se tienen en cuenta las necesidades de las mujeres ni de otras identidades de género (OIG)).
- Actitudes, creencias y estilos de los y las profesionales en el tratamiento.

2. Barreras relacionadas con el contexto social:

- El peso del estigma social: las mujeres identifican el estigma social como una de las razones por las que no buscan tratamiento para los trastornos por consumo de substancias (Hedrich, 2000).
- Detección tardía de los problemas de drogas en las mujeres: la ocultación que hacen las propias mujeres por la vergüenza, la culpa y el miedo provoca que los y las profesionales de atención primaria tarden en detectar la problemática.

3. Barreras que obstaculizan la permanencia y finalización del tratamiento:

- Falta de abordaje sobre contenidos de género en los programas.
- Menor apoyo familiar i social.
- Falta de abordaje simultaneo de las diversas problemáticas, como es la violencia de género, etc.

METODOLOGÍA: EL PROCESO DE CREACIÓN DEL INSTRUMENTO

A continuación se plantea la metodología llevada a cabo entre el año 2017 y 2019 en dos fases diferentes:

La primera fase: La creación del instrumento 1 y la primera aplicación.

El objetivo principal del estudio ha sido crear un instrumento que permita evaluar y medir el grado de introducción de la Perspectiva de Género (PdG) en los servicios de atención y prevención de drogas y adicciones y captar cómo están las entidades de la FCD en este sentido.

La muestra del estudio ha estado conformada por las entidades de la FCD entre abril y julio de 2018. Los programas y servicios seleccionados constituyen una muestra representativa a nivel geográfico de tipo de intervención y población a la que va dirigida la intervención. La muestra seleccionada plasma la realidad diversa de la FCD, en cuanto a entidades de diferentes tamaños, con variabilidad en cuanto al abordaje (prevención, tratamiento, reducción de daños, reinserción social...), aunque con el denominador común de ser ONGs que comparten un modelo de abordaje integral y comunitario.

La evaluación del grado de implantación de la PdG se ha llevado a cabo en los diferentes niveles de cada entidad: dirección de la entidad, dirección de programa, equipo del programa y participante del programa.

Para crear el instrumento se siguieron los siguientes pasos:

1. Búsqueda sistemática de información bibliográfica sobre qué significa trabajar en PdG en drogas y adicciones y sobre estudios de diagnóstico del grado de implantación de la PdG en instituciones y entidades.

2. Elaboración del marco teórico sobre PdG a raíz de la búsqueda y extracción de las principales dimensiones que se deben tener en cuenta cuando se habla de perspectiva de género aplicada a las drogas y adicciones.

3. En febrero de 2018 se realizó un *Focus Group* con 8 personas expertas en materia de drogas y género a las que se les plantearon una serie de preguntas que permitían configurar las dimensiones del instrumento y profundizar en el cuerpo teórico.

4. Se creó la primera propuesta del instrumento y se llevó a cabo la prueba piloto en 5 entidades.

5. Con el resultado de la prueba piloto se mejoró el instrumento con la participación de la comisión de género y drogas de la FCD y del grupo de expertas (mejora de la comprensión de los ítems, del tiempo de administración, etc.).

6. Se crea la versión final del instrumento 1 que comprende 4 sub-instrumentos:

A- Evaluación del nivel dirección de la entidad.

B- Evaluación del nivel dirección del programa/servicio.

C- Evaluación del nivel equipo del programa/servicio.

D- Evaluación del nivel usuarios/as del programa/servicio.

La herramienta de evaluación es heteroaplicada por una persona entrevistadora especialista en género y adicciones, y las preguntas de los instrumentos son de respuestas dicotómicas, escala Likert o preguntas abiertas.

7. Estudio de campo: durante 4 meses a lo largo del 2019 se administró el instrumento a las 24 entidades de las 25 que integran la FCD y que participaban de manera voluntaria para la medida del grado de implantación de la PdG. Las entrevistas fueron realizadas por dos personas técnicas, con quienes se pusieron en común los criterios de evaluación cualitativos de cada dimensión, asegurando un criterio homogéneo y una fiabilidad entre evaluadores/as. Finalmente se realizaron un total de 224 entrevistas, específicamente 24 de nivel de entidad, 80 direcciones de programas, 80 de equipos de programa y 40 de personas usuarias.

Los resultados derivados de esta primera fase se explican de manera detallada en el apartado "Resultados de la fase 1" de este mismo artículo y las dimensiones principales del instrumento se pueden consultar en este enlace: http://www.fcd.cat/comisions/comisio-genere/

La segunda fase: La creación del instrumento 2, perfeccionamiento y desdoblamiento de la herramienta para programas de tratamiento y de prevención.

Una vez finalizada la recogida y análisis de datos de la primera fase, pudimos establecer que el instrumento era una herramienta innovadora en esta área, que contaba con una estructura completa que recogía todas las dimensiones identificadas en la bibliografía específica, y aquellas mencionadas por las personas expertas consultadas.

Además, el instrumento contaba con buena validez de constructo y de contenido, así como también con buenos índices de fiabilidad. También se detecta un alto grado de usabilidad dado que el instrumento tiene diferentes utilidades: tanto para saber en qué punto de implantación de la PdG está cada entidad,/ programa, como para guiar una estrategia de actuación y para valorar la eficacia de dichas estrategias.

Por último destacar la validez discriminante, ya que el instrumento permite discriminar entre bajas, altas y moderadas puntuaciones no sólo a niveles globales de las entidades, sino en los diferentes niveles registrados (entidad/ dirección de programa/ equipo profesional/ usuarios/as) permitiendo saber si la implantación de la PdG es homogénea en todos los niveles de la entidad o si, por el contrario, hay discordancia.

A pesar de que los datos psicométricos eran positivos y observábamos claros beneficios en su aplicación, la valoración de las personas que participamos en el estudio seguía siendo que se trataba de un instrumento demasiado extenso y que, en algunos ítems, generaba efectos claros de deseabilidad social que sería muy interesante poder corregir para incrementar la validez en la medida. También observamos que las preguntas no se adaptaban a los programas de prevención y a sus particularidades, ya que el Instrumento 1 había sido diseñado para captar más bien una realidad que respondía a los programas/servicios de tratamiento.

En esta segunda fase se llevó a cabo un proceso de mejora que se centró en tres objetivos:

1. Reducir la longitud del instrumento.

2. Desdoblar los cuestionarios para programas de prevención y asistencia.

3. Mejorar el lenguaje / redacción de los ítems para reducir los fenómenos de deseabilidad social en la respuesta y facilitar la comprensión de los constructos que se desean evaluar.

Todo esto se hizo a través de un análisis de factores confirmatorio de las dimensiones propuestas a partir de los datos recogidos y por una serie de acciones posteriores:

I. Determinando qué ítems del instrumento eran aplicables a todos los tipos de programas y cuáles de ellos respondían a las especificidades en cuanto a prevención o tratamiento.

II. Realizando un Focus Group de personas profesionales de los programas y servicios tanto de tratamiento como de prevención que revisaron el instrumento y aportaron comentarios. Las personas participantes con sus aportaciones incrementaron la fiabilidad del instrumento y mejoraron el lenguaje con el que estaban redactados.

III. Vaciando la información del Focus Group y cruzándola con la información de las personas expertas consultadas en la Fase 1 y la bibliografía revisada en la Fase 1.

IV. Después de una prueba piloto en algunas entidades seleccionadas (una de prevención y una de asistencia) para aplicar el instrumento perfeccionado se realizó la propuesta final de la herramienta modificada y mejorada, y así se creó el "Instrumento 2".

PRINCIPALES RESULTADOS

A continuación describiremos algunos resultados del proceso realizado en la Fase 1 y la Fase 2. Para obtener más información detallada del informe exhaustivo de resultados se pueden consultar los informes finales de cada etapa en la www.fcd.cat.

De la primera fase se desprenden dos grandes tipos de resultados, en primer lugar la creación del Instrumento 1 y la información que se obtiene mediante su aplicación a 24 entidades. En cuanto al Instrumento 1, se genera una herramienta de evaluación del grado de implantación de la perspectiva de género en los programas de prevención y tratamiento de las adicciones. Este instrumento es heteroaplicado mediante formato entrevista estructurada y tiene 4 niveles de evaluación y 81 ítems en total.

En cuanto a los resultados cuantitativos, si observamos el **Nivel dirección de la entidad** la gran mayoría de las entidades (71,4%) obtienen una puntuación media-baja en cuanto a la implantación de la PdG en este nivel. El resto se reparten de manera uniforme en puntuaciones altas, media-altas y bajas.

Atendiendo a los resultados podemos concluir que una buena vía para asegurar la aplicación de la PdG en las entidades es que éstas tengan soportes para elaborar e implantar un Plan de Igualdad (PI). En el momento de la realización del estudio la ley indicaba que el PI es obligatorio para entidades con más de 250 personas. Entendemos que todo el proceso que implica la generación del PI hace que la propia entidad revise de manera profunda y reflexionada todas las dimensiones anteriormente evaluadas, como por ejemplo: paridad salarial, paridad en los órganos de dirección, la asignatura de género en los Planes de Formación anuales y el tener una persona referente formada en género en la entidad que realice una tarea transversal, entre otras. Casi la mitad de las entidades afirman tener una persona referente en PdG, pero cuando se contrasta con los datos cualitativos vemos que estas personas mencionadas tienen varias posiciones: desde el departamento de recursos humanos, dirección de la entidad o del área de psicología o educación social, entre otras. Consideramos que es importante que haya una persona referente, y que además esta persona ocupe una posición que le permita incidir de manera transversal en todos los

programas y servicios de la entidad. En cuanto a la formación de los equipos profesionales, parece que las entidades que tienen PI tienen más personas formadas en género, y por el contrario hay un 22% de la muestra que asegura no tener ninguna persona de la entidad formada al respecto.

En el **Nivel dirección de los programas/servicios** las puntuaciones obtenidas indican que en cuanto a los programas asistenciales del 36% obtiene una puntuación media-alta, el 29% alta, el 23% media-baja y el restante 12% baja. Respecto a los programas de prevención del 37% obtiene una puntuación alta, el 37% media-alta y el 25% a media-baja, sin haber ninguna dirección de programa de prevención que haya obtenido una puntuación baja.

En cuanto al indicador Determinantes por sexo, constituido por los indicadores datos desagregados por sexo y descripción por sexo, se observa que la mayoría de los programas de asistencia desagregan por sexo y, en el caso de prevención, lo hacen todos los programas. En este sentido, observamos que los programas de prevención han ido un paso más allá, ya que el 100% desagregan datos, y en asistencia todavía hay muchos programas que no lo hacen. También cabe destacar, que a la hora de desagregar datos se hace mayoritariamente con el binomio hombre-mujer y se tiene en cuenta en menor proporción las otras identidades de género; en este aspecto también hay que incidir en la importancia de avanzar en el tipo de registro de las personas usuarias.

En referencia a la dimensión Determinantes psicosociales de género ,que se enfoca en identificar condicionantes sociales que afectan a las personas usuarias de acuerdo a su género (hábitos, roles, conductas, socialización), se observa que los programas en general sí tienen en cuenta los condicionantes de género y que diseñan acciones para revertirlo. En todos los programas de intervención afirman tener en cuenta la interseccionalidad y la mayoría de los programas de prevención. Sin embargo, contrastando con la información cualitativa, consideramos que las direcciones de programa a menudo comprenden que interseccionalidad es recoger datos en referencia a la persona (red de apoyo, salud mental, nivel socioeconómico, etc.) y se hace más bien una foto de la situación, no un análisis en profundidad de cómo puede influir en las situaciones de vulnerabilidad la interacción entre estos ejes.

El indicador que se titula Relaciones de poder/sistema de dominación-subordinación/ jerarquía entre géneros pide si se tienen en cuenta estas dinámicas relacionales tanto a nivel de usuario/as como de equipo profesional. Los datos nos muestran que en las direcciones de programa es mucho más habitual identificar la naturaleza de estas relaciones a nivel de usuario/as y que existe una notable dificultad de identificarlas en las personas profesionales. ¿Acaso es que las relaciones de poder que se establecen en la sociedad no se reproducen en los equipos de profesionales? Es por este motivo que consideramos que las formaciones deben ser vivenciales y debe haber una revisión de la propia persona para ser capaz de trabajar la PdG desde los propios prejuicios y estereotipos que reproducimos con nuestra conducta y en consecuencia nuestro desempeño profesional.

En el caso del **Nivel equipo de programas/servicios** a nivel general, los programas asistenciales y de prevención tienden a puntuar mayormente medio-alto y medio-bajo habiendo menor representación en las puntuaciones altas o bajas (los extremos). Este nivel de evaluación cuenta con 24 indicadores que evalúan diferentes aspectos del programa. El primer indicador *"Existe una diversificación de programas para atender a las necesidades diferenciales de género"*, constata que los equipos de profesionales consideran que los programas/ servicios donde trabajan atienden las necesidades según el género. Los programas de prevención y asistenciales afirman que se trabajan estas necesidades diferenciales de manera frecuente, habiendo una ligera tendencia superior a los programas de prevención. En cuanto al indicador "Identifica relaciones de poder", las respuestas apuntan a que los equipos de prevención identifican en mayor medida las relaciones de poder que se dan entre los propios usuarios/as (87,5% vs. 63,2%) o entre el mismo equipo (aunque en este caso sea baja la percepción 37,5% vs. 18,6%). Ahora bien, se observa que el equipo de asistencia dobla el porcentaje de la respuesta afirmativa de los equipos de prevención, identificando en mayor medida relaciones de poder entre el equipo y las personas usuarias. Esto podría atribuirse a las relaciones que se pueden construir en el marco de un programa de intervención tanto de tipo ambulatorio como residencial, y puede ser la manera de relacionarse con la persona usuaria desde una posición desigual por el rango profesional o la aplicación de normativa concreta. El resto de indicadores y resultados de este nivel pueden ser consultados en el informe final en http://www.fcd.cat.

En relación al **Nivel personas usuarias**, cabe señalar que la muestra no refleja la realidad de los programas y servicios, ya que las mujeres representan el 20% de los recursos, mientras que en este estudio constituyen el 48% de la muestra.

La muestra recogida responde en mayor medida a programas de asistencia, dado que ha sido mucho más sencillo localizar personas voluntarias en estos tipos de programas.

En general las personas usuarias puntúan alto en los programas en los que participan, aunque las mujeres tienden a puntuar un poco más alto que los hombres, sin ser esta diferencia estadísticamente significativa. Debemos tener en cuenta que se ha entrevistado a personas que se han adaptado a los programas y que están satisfechas, por lo que hay un sesgo informacional en valorar positivamente los programas / servicios.

En cuanto al indicador *"Espacios terapéuticos/grupos específicos"*, algunos usuarios/as encuentran que existen diferencias en la forma en la que viven el consumo hombres, mujeres y personas con otras identidades de género. La mayoría de las mujeres entrevistadas expresan que existen espacios donde se habla exclusivamente de género, adicciones y relaciones sexo-afectivas.

La misma tendencia se observa con los usuario/as, más de la mitad de ellos comentan que existen estos espacios, y la gran mayoría afirma que son programados y de frecuencia semanal. Todas las personas usuarias coinciden en que estos espacios son de mucha utilidad en su recuperación. En cuanto a los comentarios machistas o

LGBTI-fóbicos, más de la mitad de las mujeres han sufrido o presenciado comentarios machistas o LGBTI-fóbicos en tratamiento. Sin embargo, casi todas las entrevistadas consideran que no hay tolerancia frente a estos tipos de comentarios y expresan que el equipo gestiona estas situaciones hablando, haciendo entender que es un espacio libre de machismo, LGTBI-fòbia o racismo. Las barreras que han encontrado los / las usuarios / as donde han puntuado de forma significativamente superior las mujeres son: barreras relativas a la infraestructura, a la flexibilidad de tratamiento, a los horarios, a las normativas, sobre todo las que no permiten la comunicación con los hijos / as.

En cuanto a los resultados del instrumento 2, en referencia al **Nivel dirección de la entidad,** todas las entidades han recibido una puntuación alta en ese ámbito. El 83% comenta que tiene un Plan de Igualdad, y las entidades que no tienen están en proceso de crearlo. Cuando se pregunta a las entidades sobre las medidas para contrarrestar posibles barreras de género a la hora de promover personas para los cargos de dirección, el 50% que comentan que no toman señalan que es porque tienen la percepción de que si los órganos de dirección ya tienen una mayoría de mujeres, no es necesario tomar medidas de este tipo. Y del 50% que dicen que sí toman, sólo un 20% responde con medidas tangibles y concretas.

En referencia a la dimensión sobre acciones con perspectiva de género, el total de las entidades entrevistadas comentan que hay una persona o personas referentes en PdG.

Aquí también identificamos dos clases de situaciones: las entidades que tienen una persona referente en departamentos estratégicos, como la dirección/coordinación de programas, y las entidades que tienen una persona referente en el área de la dirección y más personas referentes concretas en los diferentes programas o servicios. El 67% de las entidades encuestadas comentan que tienen manuales o protocolos que definen la aplicación de la PdG en la entidad.

Cuando se pregunta sobre la proporción de personas profesionales con formación en PdG se observa que hay cierta dificultad para determinar un porcentaje en concreto y la respuesta, en bastantes ocasiones, es que no lo saben, excepto las entidades que recientemente han aplicado esta acción. En referencia al plan de formación anual, un 87% de las entidades comentan que han incluido la PdG y un 17%, que no lo ha tenido en cuenta de manera formal, aunque algunos miembros del equipo profesional han tomado la iniciativa de hacer formaciones que se han ofrecido desde otras entidades y que esto ha sido bien recibido por las direcciones de las entidades que no incluyen esta formación interna, pero tampoco se dispone de un registro de esta situación.

En cuanto a la **dirección de programas asistenciales** tal y como describen los datos, las puntuaciones globales obtenidas para el ámbito de dirección de programa empiezan a mostrar más heterogeneidad en cuanto a las percepciones de la implantación de la PdG en los mismos . Mientras que en el ámbito de la dirección de entidades un cien por cien de la muestra obtiene una puntuación

considerada alta en cuanto a la implantación de la PdG en los programas, en el ámbito de direcciones de programas asistenciales un 17% puntúa en la franja media-baja; un 33%, en la franja media-alta, y un 50%, en la franja alta.

En referencia a la **dirección de los programas de prevención**, el 75% obtienen puntuaciones altas y el 25% media-alta, el 100% comenta que desagregan los datos, el 60% lo hacen a partir del binomio hombre-mujer y un 40% lo recoge mediante hombre-mujeres y otras identidades de género.

Del total de la muestra encuestada ,la mitad de los **equipos de asistencia** valoran la introducción de la PdG en los programas como media-alta (50%) y el resto, como alta (50%), coincidiendo mayormente con las direcciones de los programas asistenciales. En el caso de los **equipos de programas de prevención,** el 100% sitúan al programa donde participan con una puntuación medio-alta.

En cuanto a las personas usuarias, la muestra está formada por un 60% de mujeres y un 40% de hombres. No hay diferencias estadísticamente significativas en las preguntas cuantitativas por género, por lo que la información se trata de manera global, excepto la información cualitativa. El 17% de las personas encuestadas sitúa al programa/servicio en el que participa con una puntuación alta de implantación de PdG, el 16% con una puntuación baja, y el restante 67% con una puntuación media-alta.

El 83% de las personas consideran que el programa en el que las atienden tiene en cuenta las diferencias de género en cuanto al consumo. Las personas que responden que no se tiene en cuenta son usuarias que destacan de veces la necesidad de trabajar cuestiones asociadas a violencias vividas o a considerar que ciertos espacios de terapia grupal mixta no son adecuados para compartir contenidos concretos de sus biografías.

El 83% señala que hay espacios en los que se habla de drogas y de género, los cuales son grupales (33%) o grupales e individuales (67%), y todos son espacios planificados en el marco de las actividades semanales. Cuando se hace la pregunta cualitativa a las personas usuarias sobre de qué se habla en estos espacios y si les resulta de utilidad, a menudo comentan que abordan la violencia de género en el contexto de la pareja y la desigualdad, pero de manera bastante general. Otras personas usuarias que participan en programas que han recibido una puntuación muy alta en PdG dicen que se profundiza más en otros temas, tales como la esfera de la salud sexual y reproductiva, el estigma, la culpa, la (no) maternidad, las relaciones sexoafectivas, etc. Las usuarias mujeres tienden a comentar que están más cómodas hablando de estos temas en grupos no mixtos, mientras que los usuarios hombres comentan que están más cómodos en grupos mixtos porque se rebaja la agresividad y la tensión, y hay otros estilos comunicacionales más asociados a “las mujeres” que permiten que la dinámica fluya mejor.

En referencia a la dimensión sobre el servicio o programa, el 50% de las mujeres comentan que han presenciado comentarios machistas en el programa, tanto por parte de los compañeros como del propio equipo. El cien por cien de los

hombres entrevistados comenta que han presenciado comentarios machistas, sobre todo por parte de otros compañeros hacia compañeras usuarias y para con mujeres del equipo profesional. El 50% de mujeres comentan que han vivido alguna situación en que se han sentido inseguras por comportamientos machistas y, en general, han hecho referencia a conductas de acoso sexual por parte de algún usuario en programas residenciales.

En cuanto a los hombres, comentan que en programas ambulatorios no han tenido esa sensación, pero que en los programas residenciales han sentido una cierta intimidación en entrar en recursos muy masculinizados.

RECOMENDACIONES Y “HOJAS DE RUTA”

A continuación se desprenden una serie de recomendaciones concretas que han resultado de todo el proceso global para implementar la perspectiva de género en los diferentes niveles evaluados:

Recomendaciones generales

- Revisar los materiales y documentos en clave de lenguaje inclusivo e imágenes no sexistas.
- Realizar formaciones en perspectiva de género significativa y vivencial a todas las personas que forman parte de la entidad en la medida de lo posible.
- Recoger datos desagregados de todas las variables que se registran, evaluarlas e incluir medidas correctoras para disminuir las desigualdades.
- Repensar el diseño de los programas y servicios en clave de género.
- Las actividades que se realizan es importante que sean panificadas y evaluadas, así como impartidas por personas con formación en PdG.

Nivel Dirección de Entidades

- Poder destinar un presupuesto anual a actualización en PdG que pueda ir dirigido a: formación, figura referente, y actualización de infraestructuras en clave de género.
- La formación debe estar incluida en el Plan de Formación Anual (PFA), debe ser vivencial y debe estar impartida por una persona profesional en la materia.
- Revisión en clave de género del diseño de los proyectos nuevos y los que están en funcionamiento.
- Apostar por la implantación de Planes de Igualdad y de figuras referentes en PdG. En caso de implantar un PI velar por su difusión y para que los equipos lo conozcan.
- Participar en plataformas y grupos de trabajo que potencian la incidencia política para mejorar y aplicar políticas de PdG.
- Comunicar y difundir a nivel interno de la entidad la participación que se está teniendo en materia de PdG.

- Incentivar a nivel global de la entidad la actitud abierta hacia trabajar en clave de género y la trascendencia que ello tiene en cuanto a la práctica profesional, y a la contribución a los derechos humanos, la salud pública y la justicia social.

Nivel Dirección de programa / servicio

- Propiciar y potenciar grupos terapéuticos por género dentro de la actividad del programa / servicio. Es imprescindible que estos espacios sean dirigidos por personas que tengan formación en PdG y que la frecuencia sea regular y suficiente.

- Recoger datos desagregados por sexo en todas las variables de las memorias anuales y los cuestionarios de satisfacción.

- Potenciar reuniones de supervisión del equipo y hablar de cuestiones relacionadas con género tanto que impliquen a los propios usuarios / as como a las personas que componen el equipo de trabajo. Incluir en cada reunión de equipo un espacio para revisar temas de género.

- Potenciar la participación propia y / o del equipo en grupos de trabajo de otras redes y plataformas en referencia a género y drogas.

- Potenciar la coordinación del propio servicio con otros recursos necesarios para dar mejor respuesta terapéutica a las personas que están en el programa.

- Revisar cómo se están utilizando las relaciones de poder del equipo hacia los usuarios / as.

- Revisar cómo se aplican las normativas. ¿Son estas justas en clave de género?

- Unificar con las personas del equipo criterios de actuación en clave de género.

- Revisar las posibles barreras de acceso y / o permanencia hacia los colectivos LGTBI. Evaluar necesidades diferenciales, diseñar protocolos y desagregar datos.

- Revisar la proporción de mujeres y hombres en proyectos de prevención. Intentar que haya equipos mixtos para trabajar roles y jugar deconstruyendo los mismos.

- Propiciar de manera sistemática la participación de personas usuarias en los diseños y revisión de los programas y servicios (Ej: barreras, normativa, etc).

Nivel Equipo de Trabajo

- Importar y reproducir buenas prácticas en PdG otros programas al propio. Tener una actitud abierta a la llegada de la propuesta de introducir una buena práctica.

- Pensar como poder revertir los roles de género y no perpetuar desde los espacios que dirige el equipo (ej: asignación de responsabilidades en los servicios residenciales).

- Trabajar la PdG con los / las familiares de las personas usuarias a las intervenciones directas.

- Participar en las reuniones de supervisión del equipo y estar abierto / a hablar de cuestiones relacionadas con el género, tanto que impliquen a los propios usuarios / as como a las personas que componen el equipo de trabajo.

CONCLUSIONES Y LÍNEAS DE FUTURO

Los datos psicométricos avalan la corrección del instrumento 1 y 2, además de la información cualitativa, que confirma la validez de la herramienta y la capacidad que tiene para captar el grado de implantación de la PdG en los diferentes niveles evaluados. Cabe destacar aspectos diferenciales entre los ámbitos asistenciales y de prevención. Desdoblar estos ámbitos para captar las especificidades de la asistencia y la prevención ha sido un acierto, por lo que se ha dado el mismo protagonismo a las dos modalidades de programa. La aplicación piloto ha permitido ver qué dimensiones específicas han funcionado mejor y, también, ha permitido concluir que hay que reformular la dimensión de grupos desagregados por sexo en el ámbito de los programas preventivos, así como reformular preguntas para captar la heterogeneidad de los materiales propuestos antes que actividades presenciales.

En cuanto a la dimensión de participación y evaluación, los programas preventivos y asistenciales interpretan de maneras diferentes el concepto participación. Si bien los programas asistenciales afirman que las personas usuarias participan de manera activa, hacen referencia a la toma de decisiones de sus propios procesos, pero no al diseño y la adaptación de los programas en general (normativas, contenidos, espacios). En cambio, en los programas preventivos esto forma parte del ADN de la manera de hacer de consultas, comisiones o grupos de trabajo de personas beneficiarias, que participan en el diseño de acciones, la construcción de contenidos y la reformulación de elementos existentes según las percepciones y las necesidades detectadas por los beneficiarios.

Tanto en los programas asistenciales como en los de prevención se detecta la necesidad de formación y de obtener material e información sobre cómo se deben abordar cuestiones relativas a otras identidades de género y sobre cómo abordar el consumo. Los programas asistenciales encuestados comentan que ha sido anecdótica la presencia de personas con otras identidades de género; alguna vez dicen que el último caso fue hace veinte años.

Medir la implementación de la perspectiva de género es complejo, es difícil encontrar el equilibrio entre operativizar conceptos pero sin caer en el esencialismo, pero esto no debe desanimarnos a crear instrumentos o checklist, sino que debemos seguir trabajando para crear versiones adaptadas que hagan justicia al

concepto que se quiere captar. Este instrumento tiene un componente innovador cuya aplicación permite captar en que momento está cada entidad/programa/equipo y además genera líneas de acción para seguir mejorando en cuanto a la implementación de la perspectiva de género. El próximo desafío que toma la FCD es generar una versión autoaplicada de esta herramienta y digitalizarla para que pueda llegar a más profesionales y reducir el coste de aplicación, con el objetivo de seguir realizando incidencia para reducir las barreras de género de acceso y permanencia a los servicios y programas de adicciones.

Reconocimientos

Este estudio se lleva a cabo en colaboración de la Federación Catalana de Drogodependencias y la Subdirección General de Drogodependencias de Catalunya.

BIBLIOGRAFÍA

Castaños, M., Meneses, C., Palop, M., Rodríguez, M. y Tubert, S. (2007) *Intervención en drogodependencias con enfoque de género.* Colección Salud 10. Madrid: Instituto de la Mujer.

Crenshaw, K. (1989). *Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics.* University of Chicago Legal Forum|.Issue 1 Article.

Coordinadora de Comunitats Terapeutiques, Psisos de Reinserció i Centres de Dia (2017). *Informe Anual.* Barcelona, 2018.

De Wilde, J. (2006). *Gender-specific profile of substance abusing women in therapeutic communities in Europe* (Doctoral dissertation).

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2016a). *European drug report 2016: trends and developments*. Publications Office of the European Union, Luxembourg.

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2006). *A gender perspective on drug use and responding to drug problems.* Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Hansen, G. (2020). *Mujeres en comunidades terapéuticas de adicciones: perfil psicosocial, prevalencia de violencia de género en el ámbito de la pareja y barreras en el tratamiento.* Tesis doctoral. https://www.tesisenred.net/handle/10803/670557

Hedrich, D. (2000). *Problem drug use by women.* Cooperation Group to combat Drug Abuse and Illicit Traffciking in Drugs (Pompidou Group).Lisboa. P-PG/ Treatment Strasbourg.

Martínez, P; Arostegui, E (2018). *Manual para la prevención de recaídas desde la perspectiva de género.* Deusto: Bilbao.

ONU (2005). T*ratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida.* Oficina de las Naciones Unidas contra las drogas y el Delito. New York: Naciones Unidas.

Schamp, J., Simonis, S., Roets, G., Van Havere, T., Gremeaux, L., and Vanderplasschen, W. (2020). *Women's views on barriers and facilitators for seeking alcohol and drug treatment in Belgium.* Nord. Stud. Alcohol Drugs 1–15. doi: 10.1177/1455072520964612

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CORRELACIÓN CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA DE LOS/LAS ADOLESCENTES CON ADICCIÓN A INTERNET Y A LAS REDES SOCIALES VALORADOS EN EL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO DE COSTA RICA.

"SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND CORRELATION WITH PSYCHIATRIC PATHOLOGY OF ADOLESCENTS WITH ADDICTION TO THE INTERNET AND SOCIAL NETWORKS STUDIED AT THE NATIONAL PSYCHIATRIC HOSPITAL OF COSTA RICA"

Karla Fernández Mora

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de Costa Rica, y Máster en Prevención y Tratamiento de Adicciones, Universidad de Salamanca.
Profesora en la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca.

Antonio Molina Fernández

Psicólogo general sanitario y antropólogo social.
Profesor en el Departamento de Psicología Social, del Trabajo y Diferencial de la Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN

El objetivo principal de este estudio es correlacionar la Adicción a Internet y las Redes Sociales (AIRS) con patología psiquiátrica en adolescentes que asisten al Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica (HNP).

MÉTODOS: Se estudiaron adolescentes entre 12 y 17 años que asistieron al Servicio de Niños y Adolescentes del HNP. Fueron evaluados utilizando el Test de Adicción a Internet (IAT) de Young, los diagnósticos psiquiátricos y una anamnesis sobre sus preferencias en las redes sociales.

RESULTADOS: De un total de 64 participantes, la distribución por sexo fue similar, la mayoría se encontraban entre 12 a 14 años, ámbito urbano y cursando secundaria, preferían las redes sociales; YouTube y WhatsApp las más utilizadas. El lugar donde más se conectaban era su casa y el dispositivo más utilizado fue el teléfono móvil. El tiempo de conexión promedio diario fue de más de 6 horas, cuanto mayor el uso, más riesgo de adicción (diferencias estadísticamente significativas). IAT presentó una confiabilidad adecuada para medir el constructo de la adicción, con 7 dimensiones, siendo la primera la más importante. Se halló una prevalencia de un 9,5% en relación con AIRS. Las enfermedades más relacionadas con la AIRS fueron: trastorno ansioso, problemas en el contexto social o familiar, trastorno de la actividad y de la atención, trastorno de la conducta y discapacidad mental.

CONCLUSIÓN: La AIRS es un problema complejo de salud pública teniendo una prevalencia alta, por lo que es necesario implementar programas preventivos. Es necesario realizar más estudios para corroborar los datos que se obtuvieron.

PALABRAS CLAVE

adicción, internet, adolescencia.

ABSTRACT

The main objective of this study is to correlate Internet and Social Network Addiction (AIRS), with psychiatric pathology in adolescents who attend the National Psychiatric Hospital of Costa Rica (HNP).

METHODS: Adolescents between 12 and 17 years old who attended the HNP Children's and Adolescents' Service were studied. They were evaluated using Young's Internet Addiction Test (IAT), psychiatric diagnoses and an anamnesis of their preferences on social networks.

RESULTS: Of a total of 64 participants, the distribution by sex was similar, most of them were between 12 and 14 years old, urban area in high school, Social Networks, YouTube and WhatsApp preferred the most used. The place where they connected the most was their home and the most used device was the mobile phone. The average daily connection time was more than 6 hours, the greater the use, the greater the risk of addiction (statistically significant differences). IAT presented adequate reliability to measure the construct of addiction, with 7 dimensions, the first being the most important . A prevalence of 9.5% was found in relation to AIRS. The diseases most related to AIRS were: anxiety disorder, problems in the social or family context, activity and attention disorder,

in the social or family context, activity and attention disorder, conduct disorder and mental disability.

CONCLUSION: AIRS is a complex public health problem with a high prevalence, so it is necessary to implement preventive programs. Further studies are necessary to corroborate the data obtained.

KEY WORDS

Addictive behaviours, internet, adolescence.

INTRODUCCIÓN

Dentro de las adicciones no asociadas a sustancias químicas, se encuentran las adicciones conductuales y, entre ellas, la Adicción a internet y las redes sociales. El estudio de las Adicciones Tecnológicas (AT) representa un tema de discusión constante a nivel de expertos (Griffiths, 2002), en lo que se refiere a su diagnóstico, su tratamiento y el hecho de "discriminar adecuadamente entre conductas, en principio normales, y patologías que podríamos considerar adictivas" (García del Castillo, 2013). Desde hace varios años, se han dado debates entre la comunidad científica al respecto, existiendo aportes importantes en este sentido (Widyanto, Griffiths y Brunsden, 2011). Sin embargo, se coincide en el hecho de que es necesario incrementar la investigación al respecto para tener más fundamentos científicos al analizar el tema (Carbonell, X. 2014), que se deben incluir acuerdos claros con respecto al diagnóstico y tratamiento de estas "adicciones". Se requieren más estudios con datos cualitativos y datos cuantitativos que aporten evidencia clara de aspectos de interés en la materia que incluya aspectos personales, microsociales y macrosociales.

El análisis de variables implicadas con las Adicciones Tecnológicas (AT) en la población costarricense permite identificar los factores de riesgo implicados en nuestra población y por ende poder enfocar la prevención. (Beranuy y Carbonell, 2010). Existen estudios a nivel de varios países donde se ha analizado la prevalencia de la AIRS. Merece la pena valorar su prevalencia en Costa Rica, donde no se encuentran datos ni publicaciones específicas en este sentido. Para un manejo adecuado de cualquier patología y poder valorar la necesidad de la inversión de recurso tanto a nivel profesional como económico, es fundamental conocer los datos epidemiológicos y su relación con otras enfermedades; por ende podemos plantear el hecho de que, si no estamos realizando un diagnóstico y desconocemos los datos básicos de las AT, estamos incurriendo en un error grave para una adecuada prevención y tratamiento, lo que, a su vez, genera problemas de salud asociados y deterioro en la calidad de vida de los pacientes, de su familia y gastos en el sistema de salud. La detección temprana de la patología en definitiva hace que las intervenciones sean más efectivas y la ocurrencia de trastornos más graves se puedan prevenir (Chóliz, Echeburúa y Ferre, 2017).

Cabe destacar que "no hay un usuario problemático tipo de Internet, aunque sí una población de riesgo, especialmente adolescente, y que tampoco existe un perfil sociodemográfico único" (Gracia, Vigo, Fernández y Marcó, 2002).

Existen estudios en los que se ha propuesto la necesidad de realizar un tamizaje a nivel primario (Chóliz, Echeburúa y Ferre, 2017). Este tipo de iniciativas podrían ser aplicadas rápidamente en el nivel primario por profesionales con conocimientos básicos sobre el tema y que estos puedan derivar a personal especializado que brinde el manejo en etapas más tempranas. Al analizar si existe correlación entre las AT y la patología psiquiátrica, se podrá brindar apoyo en el proceso de atención de los adolescentes para mejorar su calidad de vida. También se podrá correlacionar con los datos documentados teóricamente en los que se encuentran identificadas ciertas patologías psiquiátricas con dicha conducta adictiva. Además de esto, se puede detectar a los participantes que se encuentran en riesgo de padecer alguna de las AT contempladas en este trabajo, para poder iniciar con un proceso de prevención y de trabajo con las familias.

Por lo tanto, al tener datos como las características sociodemográficas de los participantes y la correlación psiquiátrica, se puede prevenir o trabajar con las consecuencias que podría tener en el ámbito microsocial y macrosocial. Esto es de suma importancia, ya que el tratamiento dependerá no solo del manejo del paciente, sino también de su familia para poder obtener los resultados esperados.

METODOS

El estudio es de tipo descriptivo, de corte transversal.

Objetivo General:

1. Analizar la relación que existe entre la adicción a internet y las redes sociales con la patología psiquiátrica de los adolescentes que asisten al Servicio de Niños y Adolescentes (SANA), del Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica (HNP), durante el periodo comprendido entre el 01 de febrero al 15 de mayo del 2019.

Objetivos Específicos:

1. Describir las variables epidemiológicas y sociodemográficas de la población en estudio.

2. Determinar la presencia de la adicción a internet y las redes sociales, aplicando el Test Diagnóstico de Adicciones Tecnológicas de Young (Young, 1996), en los adolescentes que asisten al Servicio de SANA para control.

3. Relacionar la coexistencia entre la adicción a internet y las redes sociales con la patología psiquiátrica en los pacientes que asisten a SANA en el periodo en estudio.

Población:

Adolescentes entre las edades de 12 años hasta 18 años no cumplidos, que acuden a la consulta de SANA, del HNP, y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Muestreo:

- Sistemático del 01 de enero del 2018 al 30 de junio del 2018.
- Se utilizaron las bases de datos del Servicio de Estadística del HNP para obtener el listado de donde fue tomada la muestra.
- La aplicación de cuestionarios se llevó acabo entre febrero del 2019 a mayo 2019.

Criterios de Inclusión:

- El rango de edad se encuentra entre los 12 y 18 años no cumplidos.
- Se incluyen tanto población femenina como masculina.
- Inclusión de clases especiales o participantes vulnerables: Se incluye a población menor de edad. Esta población fue elegida ya que los adolescentes son los que más se encuentran en riesgo de tener este tipo de conducta. Además, cuanto antes se detecte el problema y se inicie el tratamiento, se tendrá un mejor pronóstico.

Criterios de Exclusión:

- Personas con diagnóstico de discapacidad intelectual severa.
- Discapacidad cognitiva que imposibilite la aplicación del AIT (autismo severo, psicosis, descompensación de patologías psiquiátricas previas, entre otros).
- Discapacidad física que imposibilite el llenado del IAT.

Las fuentes para obtener las variables de interés del estudio fue:

1. Base de Datos del Hospital Nacional Psiquiátrico.
2. Expediente Clínico del paciente.
3. Test Diagnóstico de Young.
4. Historia Clínica completa.

De un total de 768 pacientes que asistieron a consulta en el periodo de estudio, se procedió a elegir a los participantes del estudio de forma aleatoria. Se definió el tamaño de la muestra, utilizando una prevalencia del 3%, con un 95% de intervalo de confianza y un 4% de error máximo permisible. Se hizo un índice sumativo con cada uno de los ítems que conforman el Test de Young (Gómez y Anais, 2018) para calcular la puntuación total de cada sujeto que determinara el nivel de dependencia mostrado. Con el índice sumativo de Young se definieron 4 grupos:

-Adecuado uso de Internet

-Dependencia leve

-Dependencia moderada

-Dependencia severa (adicción)

Estos grupos se concibieron de esta forma debido a que esta distribución ya había sido definida por estudios previos. Se realizaron pruebas de hipótesis para ver las diferencias entre los puntajes del Test de Yong en cada subgrupo: hombre-mujer, nivel educativo, diagnósticos clínicos.

RESULTADOS

Datos sociodemográficos

En lo que respecta al sexo, la distribución entre hombres y mujeres ha sido H 54%, M 46%. Un 89% tenían la secundaria incompleta, 8% con primaria completa y un 3% secundaria completa.

Edad

Se puede observar que el mayor número de sujetos se encuentra distribuido en el rango de 15 a 17 años siendo un 62% del total de participantes, y en el menor porcentaje corresponde al grupo de 12 a 14 años. En la tabla 1 se resumen los datos obtenidos según la presentación de los niveles de dependencia por edad.

Tabla 1:

Presentación del nivel de adicción según la edad de los sujetos de estudio

		Edad		Total
		12 a 14	15 a 17	
Nivel de adicción	Uso adecuado	4	10	14
	Dependencia leve	9	12	21
	Dependencia moderada	8	14	22
	Dependencia severa	3	3	6
Total		24	39	63

Uso en relación con internet y las redes sociales

Preferencia de las opciones en línea

Cuando se valoran las preferencias en relación con el uso de internet, observamos que a un 76,19 % de los adolescentes lo que más les gusta utilizar son las redes sociales, un 12% juegos en línea y sólo un 1% series de televisión.

Red social más utilizada

Se puede observar las preferencias de los sujetos del estudio en relación con las redes sociales que más utilizan, que son Facebook, WhatsApp y Youtube. Cruzando las variables, se obtuvieron los datos expuestos en la tabla 2.

Dispositivo y lugar más utilizado para conectarse a internet

El dispositivo electrónico que los adolescentes de este estudio utilizan es mayoritariamente el teléfono móvil, seguido del ordenador de mesa, *la tablet* y la consola de videojuegos. En el 90% de los casos, el lugar de conexión es la casa, con porcentajes muy minoritarios de colegio, calle/*WIFI* pública o casa de amigos.

Tabla 2:

Distribución según variables de interés

Variable	Abs	%	Variable	Abs	%
Total	**63**	**100**	**Total**	**63**	**100**
Utilización tiempo de conexión					
Redes Sociales	33	52,38	**Dispositivo que más usa**		
Videos	15	23,81	Computadora Mesa	4	6,35
Series TV	3	4,76	Portátil	3	4,76
Juego en línea	12	19,05	Tablet	3	4,76
			Celular	51	80,95
			Consolas de video-juegos	2	3,17
Horas promedio de conexión					
Menos de 1 hora	3	4,76			
1 a 2 horas	11	17,46	**Red Social que más usa**		
3 a 5 horas	20	31,75			
Más de 6 horas	29	46,03	Facebook	9	14,29
			Instagram	7	11,11
Lugar donde se conecta			WhatsApp	20	31,75
Casa	56	88,89	Youtube	25	39,68
Escuela o Colegio	4	6,35	Google	1	1,59
Casas de amigos o conocidos	1	1,59	Otra	1	1,59
Lugares donde hay wifi y fuera de casa	2	3,17			

Tiempo de conexión promedio por día

Con respecto al tiempo promedio de conexión, la mayoría de los adolescentes utilizan el celular más de 6 horas por día (46,03%), seguidos en un 31,75% de 3 a 5 horas, 17,46% 1 a 2 horas y menos de 1 hora por día solo el 4,76%. Si analizamos la cantidad de tiempo estadísticamente, encontramos que en relación con un uso adecuado del internet un 90% se conectan menos de 5 horas y un 10 % más de 6 horas. En lo que se refiere a la dependencia leve un 60% lo usan menos de 5 horas y un 40% más de 6 horas. Del total de personas con dependencia moderada ,un 40% lo utilizan menos de 5 horas y un 60 % más de 6 horas; y finalmente los que presentan una conducta adictiva con respecto a internet y las redes sociales un 20% lo utilizan menos de 5 horas, y un 80% lo usan más de 6 horas. Del total de personas que utilizan la conexión a internet menos de 5 horas un 40% le dan un uso adecuado al internet, 40% presentan una dependencia leve, 30% dependencia moderada, y no se encontraron sujetos en dependencia severa que utilizaran menos de 5 horas el internet. Mientras que del total de personas que utilizaban más de 6 horas el internet, un 10% le daban un uso adecuado, 30% tenían dependencia leve, un 40% dependencia moderada y un 80% una dependencia severa. En relación con el tiempo medio de conexión por día, se obtuvo que menos de 5 horas era de 34,94 y más de 6 horas de 51,10, para una t de -3,610 y una significancia de 0,001 con una diferencia de-16,162.

Prevalencia de adicción a internet y las redes sociales

En lo que se refiere al comportamiento de los niveles de adicción según el IAT, encontramos que la prevalencia de la conducta adictiva al internet y las redes sociales en la población de estudio fue de un 9,5%, como podemos observar en la tabla 3 sobre la distribución porcentual del nivel de adicción. Una sumatoria de los sujetos que presentaban dependencia leve y dependencia moderada refleja un total de 43 sujetos, lo cual corresponde a un 68,2 % de la población de estudio.

Tabla 3:

Distribución porcentual del nivel de adicción según el Test de Young, 2019

Niveles	Abs	%
Uso adecuado	14	22,2
Dependencia leve	21	33,3
Dependencia moderada	22	34,9
Dependencia severa	6	9,5
Total	**63**	**99,9**

Correlación de la adicción a internet y las redes sociales con patología psiquiátrica

En lo referente al análisis de la correlación entre la AIRS, se procedió a realizar una revisión por medio del expediente y se agruparon en 16 diagnósticos, los cuales se detallan en la Tabla 4.

Tabla 4:

Distribución porcentual de los pacientes según diagnóstico

Diagnósticos	Sí		No		Total	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Problemas contexto social o familiar	39	61,9	24	38,1	63	100
Trastorno de la actividad y de la atención	28	44,4	35	55,6	63	100
Trastorno ansioso	22	34,9	41	65,1	63	100
Trastorno depresivo	17	27,0	46	73,0	63	100
Trastornos del espectro autista	16	25,4	47	74,6	63	100
Trastorno de la conducta y las emociones	14	22,2	49	77,8	63	100
Trastornos de aprendizaje y del desarrollo	11	17,5	52	82,5	63	100
Acentuación de los rasgos de personalidad	9	14,3	54	85,7	63	100
Retraso mental leve-moderado	8	12,7	55	87,3	63	100
Trastorno del humor	5	7,9	58	92,1	63	100
Trastorno oposicionista desafiante	4	6,3	59	93,7	63	100
Intento de suicidio	4	6,3	59	93,7	63	100
Abuso sexual	4	6,3	59	93,7	63	100
Trastorno mental y del comportamiento	3	4,8	60	95,2	63	100
Trastorno obsesivo compulsivo	2	3,2	61	96,8	63	100
Trastornos debido al consumo de sustancias psicotrópicas	2	3,2	61	96,8	63	100
Otros	9	14,3	54	85,7	63	100

Tabla 5:

Prueba de hipótesis para la diferencia del puntaje medio en la escala de Young según variable.

Variable	t	Sig (2 colas)	Diferencia
Sexo	1,15	0,25	5,62
Edad	0,45	0,65	2,28
Zona del país	-1,36	0,18	-13,49
Tiempo medio de conexión por día	**-3,61**	**0,00**	**-16,16**
Tipo de dispositivo	-1,58	0,12	-12,95
Lugar donde más se conecta	0,24	0,81	1,88
Trastorno ansioso	-1,79	0,08	-8,98
Trastorno depresivo	-0,77	0,45	-4,23
Trastorno obsesivo compulsivo	1,37	0,17	18,98
Trastornos del espectro autista	-0,01	0,99	-,08
Trastorno oposicionista desafiante	-0,76	0,45	-7,60
Trastorno de la conducta y las emociones	-1,14	0,26	-6,67
Trastornos debido al consumo de sustancias psicotrópicas	-0,97	0,33	-13,55
Trastorno del humor	-0,65	0,52	-5,89
Trastorno mental y del comportamiento	-0,67	0,51	-7,65
Problemas contexto social o familiar	-0,86	0,39	-4,32
Acentuación de los rasgos de personalidad	-1,77	0,08	-12,13
Trastorno de la actividad y de la atención	0,35	0,73	1,71
Retraso mental leve-moderado	1,36	0,18	9,89
Trastornos de aprendizaje y del desarrollo	0,81	0,42	5,20
Intento de suicidio	-1,66	0,10	-16,41
Abuso sexual	-0,76	0,45	-7,60

En la Tabla 5 se presentan los resultados en lo referente a la prueba de hipótesis realizada en el estudio, con el fin de valorar la significancia de la correlación de cada una de las patologías con la AIRS. Posteriormente se realizó un análisis en el que se definió el porcentaje que cada variable presentaba según el nivel de adicción. Se resume en la siguiente Tabla.

Tabla 6:

Variables de estudio por nivel de adicción

Variables	Nivel de Adicción									
	Uso adecuado		Dependencia leve		Dependencia moderada		Dependencia severa		Total	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Total	**14**	**100,0**	**21**	**100,0**	**22**	**100,0**	**6**	**100,0**	**63**	**100,0**
Trastorno ansioso	**4**	**28,6**	**5**	**23,8**	**8**	**36.4**	**5**			
No								16,7	41	65,1
Sí								83,3	22	34,9
Trastorno depresivo	**3**	**21,4**	**3**	**14.3**	**9**	**40.9**	**2**			
No								66,7	46	73,0
Sí								33,3	17	27,0
Trastorno obsesivo compulsivo										
No	13	92,9	20	95,2	22	100,0	6	100,0	61	96,8
Sí	1	7,1	1	4,8	0	0,0	0	0,0	2	3,2
Trastorno espectro autista										
No	10	71,4	15	71,4	18	81,8	4	66,7	47	74,6
Sí	4	28,6	6	28,6	4	18,2	2	33,3	16	25,4
Trastorno oposicionista Desafiante										
No	13	92,9	20	95,2	20	90,9	6	100,0	59	93,7
Sí	1	7,1	1	4,8	2	9,1	0	0,0	4	6,3
Trastorno de la conducta y emociones										
No	11	78,6	16	76,2	19	86,4	3	50,0	49	77,8
Sí	3	21,4	5	23,8	3	13,6	3	50,0	14	22,2
Consumo de sustancias psicotrópicas										
No	14	100,0	21	100,0	20	90,9	6	100,0	61	96,8
Sí	0	0,0	0	0,0	2	9,1	0	0,0	2	3,2
Trastorno del humor										
No	12	85,7	21	100,0	20	90,9	5	83,3	58	92,1
Sí	2,0	14,3		0,0	2	9,1	1	16,7	5	7,9
Mental y comportamiento										
No	14,0	100,0	19	90,5	22	100,0	5	83,3	60	95,2
Sí	0	0,0	2	9,5	0	0,0	1	16,7	3	4,8
Problemas contexto familiar										
No	9	64,3	5	23,8	8	36,4	2	33,3	24	38,1
Sí	5	35,7	16	76,2	14	63,6	4	66,7	39	61,9
Acentuación rasgos de personalidad										
No	13,0	92,9	20	95,2	17	77,3	4	66,7	54	85,7
Sí	1	7,1	1	4,8	5	22,7	2	33,3	9	14,3
Trastorno de la actividad y atención										
No	7	50,0	10	47,6	15	68,2	3	50,0	35	55,9
Sí	7,0	50,0	11	52,4	7	31,8	3	50,0	28	44,4
Retraso mental										
No	12	85,7	16	76,2	21	95,5	6	100,0	55	87,3
Sí	2	14,3	5	23,8	1	4,5	0	0,0	8	12,7
Aprendizaje y desarrollo										
No	10,0	71,4	18	85,7	18	81,8	6	100,0	52	82,5
Sí	4	28,6	3	14,3	4	18,2	0	0,0	11	93,7
Intento de suicidio										
No	14	100,0	20	95,2	21	95,5	4	66,7	59	93,7
Sí	0	0,0	1	4,8	1	4,5	2	33,3	4	6,3
Abuso Sexual										
No	13	92,9	21	100,0	20	90,9	5	83,3	59	93,7
Sí	1	7,1	0	0,0	2	9,1	1	16,7	4	6,3
Otros										
No	13	92,9	18	85,7	19	86,4	4	66,7	59	85,7
Sí	1,0	7,1	3	14,3	3	13,6	2	33,3	4	14,3

DISCUSIÓN

Sobre los datos sociodemográficos.

Sexo

La distribución por sexo de los participantes según los niveles de dependencia entre los puntajes más bajos del test, a los que se agrupan en un uso adecuado del internet y una dependencia leve, se comportan de igual forma por sexo; lo mismo sucede en los puntajes más altos del test (dependencia moderada y a la dependencia severa), en donde la distribución de los sujetos es la misma independientemente si son hombres o mujeres. En la tesis sobre la asociación en la comunicación parenteral con adicción a internet en adolescentes, González(2013) analizó la relación con el sexo, y se documentaron diferencias estadísticamente significativas. Existen varios estudios recientes (Valencia y Castaño, 2019; Moral y Fernández, 2019) donde se concluia que no existe diferencia estadísticamente significativa en relación al sexo con la AIRS , lo cual también concuerda con los hallazgos de este estudio.

Edad

Autores como Díaz (2006; 2014) indican la edad en la que se presenta mayor riesgo de la adicción al internet ;oscila entre los 9 a 15 años, siendo a partir de los 12 años el uso de las redes sociales de principal importancia para los adolescentes, ya que permiten el contacto social con su grupo de iguales, que se vuelve fundamental en esta etapa (citado por Beranuy y Carbonell, 2010) y que, conforme aumenta la edad, el uso se vuelve más adecuado.

Según la distribución por rangos de edad , es importante tener presente que los datos fueron sacados de grupos pequeños. Se observa en lo que respecta al uso adecuado del internet que 10 de los sujetos se ubican en el rango de 15 a 17 años, mientras que en el rango de 12 a 14 años hay 4 sujetos, lo que nos podría hacer suponer que a mayor edad se logra un uso más adecuado del internet; pero cuando valoramos los niveles de dependencia leve y moderada, 26 sujetos entre 15 y 17 años presentan algún nivel de dependencia y 17 sujetos de entre 12 a 14 años presentan algún nivel de dependencia entre leve o moderado, de donde se puede valorar la posibilidad que a mayor edad se presenten más adolescentes en este rango, contrario a lo que vimos con el uso adecuado del internet. Entretanto, en la dependencia severa la distribución por edad representa a la misma cantidad de sujetos (3 en cada rango). Finalmente, al analizar la significancia se concluye, según el puntaje medio por edad, que no existe diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos que indique diferencia de presentación de la adicción por edad; esto es concordante con estudios recientes que han llegado a la misma conclusión como el de Moral y Fernández (2019).

Sobre la adicción a internet

En los estudios revisados en la introducción de este trabajo con relación a la prevalencia de AIRS en diferentes

lugares del mundo, se encontró que en promedio era de un 2 a 4%. En la presente investigación se documentó que para la población de estudio la prevalencia de la AIRS fue de un 9,5%, lo que es muy llamativo, ya que sobrepasa por mucho lo esperado. Se debe tener en cuenta que todos los sujetos evaluados en este estudio tenían alguna patología psiquiátrica ya diagnosticada de previo, y que esto podría explicar de cierta manera la prevalencia tan alta encontrada, dado que existen estudios que han demostrado relación entre los trastornos mentales y puntajes más altos en el IAT (Kawabe, 2016).

Por otra parte, al revisar el tipo de uso que los adolescentes de esta población en específico dan al internet, podemos observar que un uso adecuado solo lo tiene un pequeño porcentaje de este grupo, con un 22,2%, estando solo por debajo de ellos los sujetos con un franco proceso adictivo. Otro detalle en relación a los niveles de dependencia es el hecho de que un 68,2% de los adolescentes presentaban una dependencia entre leve y moderada hacia internet y las redes sociales, lo cual es alarmante, ya que es un porcentaje muy alto los que se encuentran en este rango.

Sobre los datos psiquiátricos

La correlación que existe entre la adicción a internet (AI) y las patologías psiquiátricas u otros problemas asociados, Echeburúa y Del Corral (2010), basados en múltiples autores, mencionan que determinados problemas psiquiátricos previos, como la depresión, el trastorno de déficit atencional con hiperactividad y la fobia social, aumentan el riesgo de la dependencia. Hay multiplicidad de estudios (Fu, Chan, Wong y Yip, 2010; Ha, Kim, Sim, Bae y Cho, 2007; Luengo, 2004; Young, 1996) donde se correlacionan las Adicciones Tecnológicas a ciertas patologías psiquiátricas, pero en especial a la depresión. Otros autores, aparte de relacionar la AI con la depresión, también la relacionan con la ansiedad (Basteiro et al. 2013). En 2016, Kawabe et al. realizaron un estudio en el que se investigó la correlación de la AI en estudiantes de secundaria entre 12 y 15 años, evaluados mediante el AIT, comparándolo con un instrumento japonés para evaluar la salud mental llamado *General Health Questionnaire* (GHQ); según este estudio se encontró correlación de los puntajes más altos del AIT con problemas de sueño, disfunción social, ansiedad y disforia. En este mismo estudio se logró una correlación positiva entre la AI con la depresión severa y el intento de suicidio. En 2013, González -mediante una encuesta aplicada a adolescentes entre 15 y 18 años- correlacionó la AI con la mala comunicación con los padres sin influir la separación de estos. Otros autores como Carbonell (2014) además de relacionarlo con los trastornos de déficit atencional e hiperactividad, hacen referencia a los trastornos del espectro autista. En lo que respecta a esta investigación, se documentó que del total de la población de estudio los cuatro diagnósticos más frecuentes fueron: los problemas del contexto social o familiar, trastorno de la actividad y de la atención, trastorno ansioso y el trastorno depresivo. No obstante, en lo referente a los adolescentes que se les hizo el diagnóstico de AIRS , se encontró

que los diagnósticos principales en ese grupo fueron:

-Trastorno Ansioso con un 83,3%

-Problemas en el contexto social o familiar con un 66,7 %

-Trastorno de la actividad y de la atención con un 50%

-Trastorno de la conducta y de las emociones con un 50%

-Discapacidad Intelectual con un 50%

Estos hallazgos concuerdan con lo analizado en la literatura anteriormente. Sin embargo, llama la atención que dentro de los principales diagnósticos no se encuentre la depresión, de la cual existe numerosa literatura que la correlaciona, no obstante, es importante tener en cuenta que los pacientes con el diagnóstico de depresión ya se encontraban en tratamiento al momento de la evaluación, lo cual pudo haber afectado los resultados de la investigación. En ninguna investigación o documento teórico se correlacionaba con la discapacidad intelectual, sin embargo en este estudio se documenta un porcentaje de los adolescentes con AIRS presentaban discapacidad intelectual, e inclusive igualando a patologías en donde la correlación se encuentra bien documentada, como lo son el déficit atencional y en los trastornos de la conducta y de las emociones. Este detalle es importante tomarlo en cuenta para estudios posteriores en los que se contemple, dentro de los factores de riesgo, la discapacidad intelectual, ya que, en algunos estudios se hace referencia al fracaso escolar; no obstante, este no es sinónimo de discapacidad intelectual. Pese a que se encontraron estas patologías en los sujetos de investigación a los que se le realizó el diagnóstico de AIRS , al analizar la significancia se logra observar que ninguna de las categorías en estudio los niveles de significancia es menor del 0,05; lo que indica que no existe diferencia estadísticamente significativa que correlacione alguna de las categorías analizadas con la AIRS en esta población. A pesar de esto, la tendencia de los datos encontrados hace suponer que en una muestra mayor de sujetos las patologías mencionadas si presenten diferencias estadísticamente significativas.

Sesgos y limitaciones del estudio

Entre los principales sesgos de este estudio (Casal y Mateu, 2003), tenemos que incluir:

- El diseño descriptivo cuantitativo utilizado en este estudio de investigación permite identificar y correlacionar las diferentes variables, pero no se puede determinar con la misma precisión ensayo clínico con muestreo aleatorio.

- El uso del cuestionario IAT de Young ha sido una decisión basada en la replicabilidad demostrada por dicho cuestionario en diferentes ensayos realizados en diversos países. A pesar de esto, hay que reconocer que parecen necesarias nuevas maneras de evaluar los problemas relacionados con el uso de las TICs, especialmente de Internet y sus productos, más allá del questionario IAT.

- El tamaño muestral del presente estudio (N=63), ha permitido realizar un análisis completo y exhaustivo, con lo que la validez interna queda demostrada (Coeficiente de Cronbach alfa de 0.878). Más difícil es poder generalizar los resultados y conclusiones a población general.

- El presente estudio, al ser de corte trasversal, no nos indica la causa-efecto como lo podrán hacer estudios de tipo longitudinales, por lo que se necesitarían otros estudios para corroborar parte de los hallazgos de esta investigación.

- El hecho de que no se encontrara diferencia estadísticamente significativa a la hora de correlacionar la conducta adictiva con las patologías psiquiátricas u otras condiciones, puede deberse a que la muestra sea insuficiente.

CONCLUSIONES

1. Internet y las redes sociales son importantes en nuestra vida cotidiana, e inclusive se puede asegurar que se han vuelto indispensables en el mundo actual. Los problemas relacionados, no han sido dados por la aplicación de la tecnología en nuestra vida diaria, sino por el mal uso de esta.

2. La utilización inadecuada de estas herramientas se relaciona muchas veces con la falta de información de los riesgos que tiene internet y las redes sociales; por lo que es fun-damental que el personal de salud tenga conocimiento de ello y transmitirlo.

3. Es primordial definir si el problema de AIRS corresponde a una adicción comporta-mental primaria o si es secundaria, ya que de esto va a depender en definitiva el tratamiento y será clave para la adecuada evolución.

4. El tratamiento de las personas con AIRS debe ser individualizado, combinando estra-tegias psicoterapéuticas como farmacológicas de ser necesario. Se deben detectar las co-morbilidades, en especial las patologías psiquiátricas asociadas o deficiencias en el ám-bito socio familiar para plantearse la intervención de dichas patologías de forma conjunta y así lograr una mejor evolución. El seguimiento recomendado es por periodos largos de hasta dos años y dando énfasis a la prevención de recaídas.

5. Según la distribución por sexo, edad y nivel académico de los participantes en este estudio, no existe diferencia estadísticamente significativa en la presentación del nivel adictivo de los sujetos de estudio.

6. La prevalencia encontrada en la población de estudio fue de un 9,5%, la cual es muy superior a la encontrada en otros lugares del mundo.

7. Existe evidencia estadísticamente significativa para correlacionar el tiempo de cone-xión a internet con la AIRS; cuanto mayor tiempo, mayor conducta adictiva.

8. Los pacientes a los que se les diagnóstico una AIRS, presentaban más relación con patologías como trastorno ansioso, problemas en el contexto social y familiar, trastorno de la conducta y de

las emociones, discapacidad intelectual y trastorno de la actividad y de la atención. Sin embargo, no se logró evidencia que fuera estadísticamente significa-tiva en las correlaciones de las distintas categorías diagnósticas.

9. La conducta adictiva a internet y redes sociales está poco difundida en el país, por lo que se tiende a pensar en que es un mal hábito del adolescente o un mal manejo de límites de parte de los padres, más que como una patología en sí. Esta percepción provoca una concepción social diferente de la enfermedad que nos lleva a dificultades en el tratamiento y la detección temprana.

10. Los planes de prevención a través de programas de detección precoz e intervención temprana son básicos en el manejo de las Adicciones Tecnológicas. De manera inicial, la educación a los padres de familia con respecto a cómo debe ser un uso adecuado del internet, la importancia de la supervisión constante no solo de las páginas a las que acce-den sus hijos, sino a las relaciones que establecen. Por lo tanto, se sugiere dar a los padres las herramientas necesarias para que detecten los problemas o conductas que pueden indicarnos una dependencia a internet y a las redes sociales en etapas tempranas, para un mejor abordaje de la enfermedad; “Es necesario prevenir la adicción a Internet para atenuar estos efectos perjudiciales sobre la salud mental de los adolescentes” (Kawabe, et al, 2016: p. 410).

Reconocimientos

Las/os autores agradecen a las organizaciones participantes en la investigación. Así mismo, las/os autores agradecen a las/os informantes que han participado en el estudio.

Conflicto de intereses

Las/os autores de este artículo no tienen conflictos de intereses que declarar.

BIBLIOGRAFÍA

Asociación Americana de Psiquiatría/APA (2013). *Diagnósticos, Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5* (5th ed.).

American Psychiatric Association/APA (2018) Suplemento del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 5th.ed.* Washington: Copyright.

Basteiro, J., Robles, A., Juarros, J., y Pedrosa, I. (2013). *Adicción a las redes sociales: creación y validación de un instrumento de medida.* Revista de Investigación y Divulgación En Psicología y Logopedia, 3(1), 2-8. https://doi.org/2174-7571

Beranuy, M., y Carbonell, X. (2010). *Entre marcianitos y avatares: adicción y factores de riesgo para la juventud en un mundo digital.* Estudios de Juventud, 88, 131-145.

Carbonell, X. (Eds) (2014). *Adicciones tecnológicas: ¿que son y como Tratarlas?* Madrid, España: Síntesis.

Casal, J. y Mateu, E. (2003). *Los sesgos y su control.* Rev. Epidem. Med. Prev., 1:15-22

Chóliz, M., Echeburúa, E., y Ferre, F. (2017). *Screening Tools for Technological Addictions: A Proposal for the Strategy of Mental Health.* International Journal of Mental Health and Addiction, 15(2), 423-433. https://doi.org/10.1007/s11469-017-9743-1

Díaz, L. (2006). *Adicción a Internet: Perfil clínico y epidemiológico de pacientes hospitalizados en un instituto nacional de salud mental.* Revista Médica Herediana 17(4), 196-205. https://doi.org/10.20453/rmh.v17i4.879

Díaz, R.M (2014) *"Intervención en adolescentes".* En Xavier Carbonell (Ed) Adicciones tecnológicas: ¿Que son y como tratarlas? (pp. 64-97), Madrid: Síntesis.

Echeburúa, E, y De Corral, P. (2010). *Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: Un nuevo reto.* Adicciones, 22(2), 91-95. https://doi.org/10.20882/adicciones.196

Fu K, Chan W, Wong P, Yip P (2010) *Internet addiction: Prevalence, discriminant va-lidity and correlates among adolescents in Hong Kong.* The British Journal of Psychia-try; 196: 486-492.

García del Castillo, J. (2013). *Adicciones Tecnológicas: El auge de las redes sociales.* Salud y Drogas, 13(1), 5-13.

Griffiths, M. (2002). *Does Internet and Computer "Addiction" Exist? Some Case Study Evidence.* CyberPsychology & Behavior, 3(2), 211-218. https://doi.org/10.1089/109493100316067

Gracia, M., Vigo, M., Fernández, M., y Marcó, M. (2002). *Problemas conductuales relacionados con el uso de Internet: Un estudio exploratorio.* Anales de Psicología, 18(2), 273-292. https://doi.org/10.6018/analesps.18.2.28491

Gómez, J., y Anais, C. (2018). *Propiedades psicométricas del Cuestionario de adicción a internet (TAI) en estudiantes de secundaria de un centro educativo nacional de Tum-bes, 2018.* Universidad César Vallejo. Recuperado de http://reposito-rio.ucv.edu.pe/handle/UCV/29346

González Morales, H. (2013). Asociación De Comunicación Parental Con adicción a internet en adolescentes. Universidad Veracruzana. Recuperado de https://cdigi-tal.uv.mx/handle/123456789/46991

Ha J., Kim S., Bae S., Kim H, Sim M., Lyoo I., y Cho, S. (2007). *Depression and Inter-net addiction in adolescents.* Psychopathology.;40(6):424-30.

Kawabe, K., Horiuchi, F., Ochi, M., Oka, Y., y Ueno, S. (2016). *Internet addiction: Prevalence and relation with mental states in adolescents.* Psychiatry and Clinical Neu-rosciences, 70(9), 405-412. https://doi.org/10.1111/pcn.12402

Kim K., Ryu, E., Chon M. et al. (2006) *Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: A questionnaire survey.* Int. J. Nurs. Stud; 43: 185-192.

Luengo, A (2004) Adicción a Internet: conceptualización y propuesta de intervención. Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual, 2, 22-52.

Moral, M y Fernández, S. (2019) *Uso problemático de internet en adolescentes españo-les y su relación con autoestima e impulsividad.* Avances en Psicología Latinoameri cana, 37(1).

Valencia, R, y Castaño, C. (2019) *Uso y abuso de las redes sociales por parte de los adolescentes: un estudio en México.* Revista de Medios y Educación, 54.

Widyanto, L., Griffiths, M., Brunsden, V. (2011). *A psychometric comparison of the In-ternet Addiction Test, the Internet-Related Problem Scale, and self-diagnosis.* Cy-berpsychol Behav Soc Netw.;14(3)

World Hearth (2016). *Clasificación internacional de enfermedades.* Décima Edition ICD-10.10th.Unidad Técnica de Codificación CIE-10-ES. Recuperado de https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10-ES/UT_MANUAL_DIAG_2016_prov1.pdf

World Health Organization (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades Undécima Edition*-ICD-11. 11th (11 th). Génova.

Young, K. (1997). *Psychology of computer use: XL. Addictive use of the Internet: A case that breaks the stereotype.* Psychological Reports, 79, 899-902.

Young, K (1996). I*nternet Adiction: The Emergence of a New Clinical Disorder.* CyberPsychology and Behavior, 1(3) 237-244.

EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN BREVE EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO PARA PACIENTES CON CONSUMO DE RIESGO O DEPENDENCIA ALCOHÓLICA.

EFFECTIVENESS OF A BRIEF INTERVENTION IN THE HOSPITAL REALM FOR PATIENTS WITH RISK CONSUMPTION OR ALCOHOL DEPENDENCE.

Irene Matés

Psicóloga sanitaria por la Universidad de Barcelona (UB), con prácticum clínico y de investigación en el Hospital Moisés Broggi.

Montserrat Vacas

Psicóloga clínica adjunta del Servicio de Psiquiatría del Hospital Moisés Broggi y profesora asociada médica de la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona.

Ana Adan

Catedrática de Psicobiología del Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología de la Universidad de Barcelona. Dirige la línea de investigación de Adicción y Patología Dual integrada en el Grupo Consolidado de Neuropsicología y el Instituto de Neurociencias de la UB.

RESUMEN

El consumo de alcohol y las consecuencias que genera representan un grave problema de salud pública. Este trabajo pretende estudiar la efectividad de una intervención hospitalaria breve, basada en la entrevista motivacional. Se reclutaron 25 pacientes con consumo de riesgo o dependencia del alcohol durante el ingreso hospitalario en las unidades de medicina interna y digestiva del Hospital Moisés Broggi. Durante el ingreso se realizó la intervención breve y posteriormente se realizó seguimiento a los 30 y 90 días. La intervención se mostró efectiva, con una reducción significativa del consumo posterior al alta hospitalaria.

PALABRAS CLAVE

Trastorno por uso de alcohol, intervención hospitalaria, abstinencia, estrategias de afrontamiento, personalidad.

ABSTRACT

Alcohol consumption and its consequences are a major health problem. This work aims to study the efficacy of a brief hospital intervention, based on a motivational interview. To do so, 25 patients with risky alcohol consumption or alcohol dependence were recruited during the hospital admission on the internal and digestive medicine units at the Hospital Moisés Broggi. During the hospitalization, the intervention was carried out and follow-up was made 30 and 90 days after the hospital discharge. The intervention showed effectiveness, consumption decreased significantly after the hospital admission.

KEY WORDS

Alcohol use disorder, hospital intervention, abstinence, coping strategies, personality.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, el consumo de alcohol y las consecuencias que este genera representan un importante problema de salud pública. Se trata de uno de los factores de riesgo más destacados de muerte prematura e incapacidad a escala mundial (Bruguera et al., 2018). En las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2016 el consumo nocivo de alcohol aparece como la causa de 3 millones de muertes, lo que representan un 5,3% de todas las defunciones anuales (OMS, 2018). Según los datos presentados por la OMS, España es uno de los países con un consumo de alcohol superior a la media mundial y de los que presenta un consumo más elevado en el ámbito europeo.

Aparte de las muertes atribuibles, el consumo excesivo de alcohol comporta una gran carga sanitaria, social y económica para la sociedad, ya que ha sido asociado como factor causal de más de 200 enfermedades y trastornos que interfieren directamente en la calidad y esperanza de vida en función de la discapacidad de las personas con consumo de riesgo o dependencia.

La detección precoz de las personas con abuso o dependencia alcohólica es fundamental para orientar el proceso terapéutico y sanitario, prevenir el deterioro del paciente y reducir los efectos de empeoramiento del cuadro en caso de presentar consumo de riesgo. Existen multitud de herramientas de cribaje diseñadas para la rigurosa detección de los casos. A nivel asistencial, existe consenso para cuantificar el consumo de alcohol a través de las Unidades de Bebida Estándar (UBE), donde una UBE equivale a 10 gramos de alcohol puro. La gravedad del consumo se clasifica en tres niveles en función de las UBEs consumidas (ver Tabla 1).

Tabla 1:

Gravedad del consumo de alcohol según Unidad de Bebida Estandar (UBE)

	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto [a]
Hombres	0-16 UBEs/semana	17-28 UBEs/semana	>28 UBEs/semana 6 UBEs/24 horas una vez al mes
Mujeres	0-10 UBEs/semana	11-17 UBEs/semana	> 17 UBEs/semana 5 UBEs/24 horas una vez al mes

[a] Se considera riesgo alto cualquiera grado de consumo en menores de 18 años, mujeres embarazadas o lactantes y personas con antecedentes de alcoholismo.

Desde la perspectiva del análisis y tratamiento de la conducta adictiva se extiende la premisa común de la necesidad de un abordaje integrador y multidisciplinar que entienda el paciente desde una visión biopsicosocial. La intervención motivacional breve (IMB)es una aplicación de la entrevista motivacional que se desarrolla en una o dos intervenciones y que se ha mostrado muy eficaz en la práctica de atención primaria con reducciones significativas del consumo sostenidas a doce meses (Beyer et al. 2019). La IMB también resulta efectiva cuando se utiliza de forma oportunista en ingresos hospitalarios (Bruguera et al., 2018; Cobain et al., 2011).

La entrevista motivacional pretende ayudar al paciente a aumentar la motivación al cambio a través de un estilo de entrevista y la relación terapéutica. Favorece el reconocimiento y afrontamiento de los problemas cuando los pacientes están ambivalentes o no quieren realizar cambios en su conducta. La motivación está considerada un estado gradual y fluctuante de disposición al cambio y puede estar influenciada por las interacciones del entorno, siendo aquí donde entra en contexto la técnica. Fue desarrollada por Miller y Rollnick (2002) y consiste en la estimulación del paciente para avanzar en los diferentes estadios de la llamada “rueda del cambio”, basándose en el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (1983).

Las intervenciones mencionadas pueden estar influidas por diferentes factores en la práctica asistencial. Como ejemplos cabe mencionar las experiencias previas de los pacientes, las características del terapeuta, pero sobre todo el estilo de alianza terapéutica que se establece con los pacientes. Distintas revisiones destacan la importancia de la relación terapéutica como facilitadora de aceptación de las intervenciones y tratamientos, ya sean psicológicos o farmacológicos, y en la disminución de ausencias que favorecen el resultado final (Ilgen, McKellar, Moss y Finney, 2006). Otro factor importante al estudiar la efectividad de las intervenciones destinadas a reducir el consumo de alcohol son las estrategias de afrontamiento de los pacientes. Se ha demostrado que las actitudes frente a la intervención son determinantes para la continuidad asistencial y la efectividad de éstas, siendo las estrategias de afrontamiento las que más se benefician de las intervenciones (Ribadier & Varescon, 2019).

El ingreso hospitalario es una buena oportunidad para detectar el consumo de una forma precoz y realizar una intervención breve que favorezca la toma de conciencia y la motivación al cambio de los pacientes y realizar derivaciones a unidades específicas en los casos que sea indicado. Una intervención precoz efectiva puede ser de gran utilidad para reducir las consecuencias orgánicas y sociales de los pacientes y para reducir la mortalidad, los costes económicos y médicos de los tratamientos de los pacientes con patología derivada del alcoholismo.

Este trabajo tiene como objetivo principal estudiar la efectividad preliminar de una intervención oportunista breve basada en la entrevista motivacional en pacientes con consumo de riesgo o dependencia en el contexto de ingreso hospitalario. Por otro lado se plantean los siguientes objetivos específicos: (i) realizar una descripción sociodemográfica y clínica

de la muestra de pacientes, (ii) comparar las características sociodemográficas y clínicas según la actitud mostrada ante la intervención, aceptación o evitación, (iii) evaluar y describir los rasgos de personalidad de los mencionados pacientes, (iv) investigar diferencias en las variables de personalidad en los dos grupos u (v) estudiar posibles relaciones entre rasgos de personalidad y el consumo de alcohol de los pacientes de la muestra.

MÉTODO

Los participantes del estudio fueron reclutados a través del ingreso hospitalario en las unidades de Medicina Interna y Digestiva del Hospital Moisès Broggi (Barcelona). Todos los pacientes ingresados en estos servicios entre el 6 de enero y el 11 de marzo de 2020 fueron potenciales pacientes para este estudio. Los criterios de inclusión consistieron en tener de 18 a 75 años y presentar una puntuación igual o superior a 8 puntos para los hombres y 6 puntos para las mujeres en la prueba de cribaje *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT; Contel G., Gual S., & Colom F., 1999). Los criterios de exclusión consistieron en presentar (1) deterioro cognitivo moderado o grave, (2) trastorno mental severo, (3) estado paliativo, (4) criterios diagnósticos de trastorno de uso de otras sustancias, exceptuando el tabaco y (5) pacientes embarazadas.

De los 123 pacientes entrevistados, 40 aportaron criterios de consumo alcohólico de riesgo o dependencia a raíz del cribaje, de los cuales 25 completaron el estudio. Para el estudio se formaron dos grupos según la actitud frente a la intervención efectuada, los que aceptaban la intervención (n=13) y aquellos que mostraban actitud evitativa (n=12).

El estudio se realizó de acuerdo con la Declaración de Helsinki y con las Normas Tripartitas Armonizadas de la ICH para la Buena Práctica Clínica (1996) y las guías para una Buena Práctica Epidemiológica (http://www.ieaweb.org/GEP07.htm). Se obtuvo el consentimiento informado escrito de todos los participantes. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitario de Bellvitge (ref. PR311/19 (CSI 19/68).

Durante el ingreso hospitalario de los pacientes se realizó la entrevista inicial donde se recogían los datos sociodemográficos y clínicos respeto a antecedentes médicos personales y familiares, el patrón de consumo de alcohol y otras sustancias adictivas y se administraba el cuestionario de screening AUDIT. Si esta prueba mostraba un consumo considerado de riesgo o dependencia y los pacientes aceptaban ser incluidos en el estudio, se les pedía que completasen dos test autoaplicados: el Inventario de Impulsividad de Dickman (FIDI; Dickman, 1990) y el Cuestionario de personalidad de Zuckerman-Kuhlman (ZKPQ; Zuckerman, 2002).

Con todos los pacientes incluidos en el estudio, se procedió a realizar una intervención breve durante el ingreso, basada en la entrevista motivacional. Las intervenciones tuvieron una duración de entre 15 y 20 minutos y fueron realizadas conjuntamente por una psicóloga y una enfermera clínica formada en entrevista motivacional. Esta intervención se enmarcó dentro de la asistencia sanitaria

multidisciplinar, con la coordinación de los especialistas médicos de medicina digestiva y medicina interna. Finalmente, todos los pacientes incluidos en el estudio recibieron un tríptico con información sobre el consumo de alcohol y contactos de los recursos asistenciales especializados de referencia. Se realizó un seguimiento telefónico de los pacientes al cabo de uno y tres meses para valorar la efectividad de la intervención y el cumplimiento o no de las indicaciones recomendadas para mantener la abstinencia.

Se calcularon los estadísticos descriptivos y clínicos, la mediana y la desviación estándar y las distribuciones de las variables pertinentes para el total de la muestra y los dos grupos de pacientes formados según la actitud ante la intervención. Las comparaciones entre grupos para las variables demográficas y clínicas se realizaron con pruebas t de Student para los datos continuos y la prueba de Chi cuadrado en caso de las variables categóricas. En el primer caso también se calculó el tamaño del efecto mediante la d de Cohen. Para las variables de personalidad y de consumo se realizaron Análisis de la Variancia. En el primer caso Multifactorial (MANOVA), uno para las dimensiones principales y otro para las secundarias y en el segundo Unifactorial (ANOVA), para las variables de consumo, donde el factor fijo fue en todos los casos el grupo. Para determinar la eficacia del tratamiento se ejecutó un análisis de medidas repetidas para el consumo de los participantes en los tres tiempos (consumo de UBEs), considerado el grupo como la variable independiente. Se calculó el estadístico Eta quadrado parcial para medir el tamaño del efecto (riesgo de cometer error tipo I) y la potencia observada para determinar el error tipo II. Finalmente se realizaron correlaciones lineales entre las variables de consumo y personalidad y con las significativas relevantes se calcularon las regresiones lineales para poder determinar la variabilidad explicada.

Los datos se analizaron con el paquete estadístico IMB SSPS (v.26), considerando una significación estadística bilateral con un error definido del 5% ($p<0,05$).

RESULTADOS

Variables sociodemograficas y clínicas

Tabla 2:

Descriptivos y contrastes estadísticos de las variables sociodemográficas para la muestra total y los grupos de aceptación y negación del tratamiento.

	N Total N=25	Aceptación intervención (N=13)	Evitación intervención (N=12)	Contraste estadístico	p-valor	Tamaño del efecto
Datos sociodemográficos						
Sexo				χ^2= 0,294	0,588	
Hombres	88% (22)	84,6% (11)	91,7% (11)			
Mujeres	12% (3)	15,4% (2)	8,3% (1)			
Edad (años)	54,24 ± 11,27	49,62 ± 12,60	59,25 ± 7,18	*t* = -2,321	0,030	d= 0,940
Estado civil				χ^2= 1,114	0,573	
Soltero	20% (5)	23,1% (3)	16,7% (2)			
Casado/Pareja	56% (14)	61,5% (8)	50% (6)			
Separado/Divorciado	24% (6)	15,4% (2)	33,3% (4)			
Situación laboral				χ^2= 3,450	0,631	
Activo	44% (11)	53,8% (7)	33,3% (4)			
Paro	16% (4)	7,7% (1)	25% (3)			
Pensionista	24% (6)	23,1% (3)	25% (3)			
Invalidez	16% (4)	15,4% (2)	16,7% (2)			
Nivel de estudios				χ^2= 8,273	0,082	
Estudios primarios no finalizados	24% (6)	23,1% (3)	25,0% (3)			
Certificado escolar	32% (8)	23,1% (3)	41,7% (5)			
Estudios secundarios	20% (5)	38,5% (5)	-			
Estudios técnicos	20% (5)	7,7% (1)	33,3% (4)			
Estudios universitarios	4% (1)	7,7% (1)	-			
Servicio derivador				χ^2= 4,043	0,132	
Digestivo	36% (9)	46,2% (6)	25% (3)			
Medicina Interna	52% (13)	53,8% (7)	50% (6)			
Interconsultas	12% (3)	-	25% (3)			

No se observaron diferencias significativas en las variables sociodemográficas a excepción de la edad, donde los pacientes reticentes a la intervención eran mayores. La mayoría de los pacientes tenían pareja estable y se hallaban en activo, con independencia del grupo. Respecto a la escolarización, la mayoría de los pacientes contaban con los estudios básicos mientras que los estudios no obligatorios fueron muy poco frecuentes en la muestra total. Ver Tabla 2.

No se encontraron diferencias entre grupos respeto a la presencia de antecedentes familiares con problemas de abuso de sustancias, aunque la mayoría de los pacientes que aceptaron la intervención tenían antecedentes familiares ello únicamente se daba en un tercio de los pacientes del grupo de evitación (ver Tabla 3). Tampoco la edad de inicio del consumo mostró diferencias significativas entre los grupos, pero ésta fue más elevada en el grupo de evitación y estos pacientes

Tabla 3:

Descriptivos y contrastes estadísticos de les variables clínicas para la muestra total y los grupos de aceptación y evitación del tratamiento.

	N Total N=25	Aceptación intervención (N=13)	Evitación intervención (N=12)	Contraste estadístico	p-valor	Tamaño del efecto
Datos clínicos						
Antecedentes TUS				χ^2= 1,989	0,158	
Si	48% (12)	61,5% (8)	33,3% (4)			
No	52% (13)	38,5% (5)	66,7% (8)			
Edad inicio consumo alcohol (años)	17,84 ± 8,52	15,54 ± 3,205	20,33 ± 11,58	*t* = -1,436	0,168	d= -0,563
Años de consumo regular	33,28 ± 16,03	29 ± 18,32	37,92 ± 12,23	*t* = -1,418	0,170	d= -0,572
Tratamientos previos per TUS				χ^2= 0,103	0,748	
Si	28% (7)	30,8% (4)	25% (3)			
- Ingreso	28,6% (2)	25% (1)	33,3% (1)			
- CAS	57,1% (4)	50% (2)	66,7% (2)			
- CAP	14,3% (1)	25% (1)				
No	72% (18)	69,2% (9)	75% (9)			

presentaban a la vez una evolución más larga en el consumo regular de alcohol. La ausencia de tratamientos previos para el consumo de alcohol predominaba en ambos grupos.

CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD

Los grupos de pacientes no aportaron diferencias significativas en las puntuaciones de las dimensiones de impulsividad del FIDI. Respecto a las dimensiones del modelo de personalidad de Zuckerman, se observaron diferencias en una de las dimensiones principales y una subdimensión del ZKPQ. El grupo que evitaba la intervención puntuó más alto en Neuroticismo-Ansiedad [F(1,23)= 6,739 p= 0,016, ηp2=0,234] que el grupo de aceptación y éste, en cambio, presentó una puntuación más elevada en la subescala de Búsqueda de Sensaciones [F(1,23)= 5,565, p= 0,028, ηp2= 0,107]. Ver Tabla 4.

Tabla 4:

Puntuaciones directas de les dimensiones de personalidad (mediana y desviación estándar) y contrastes para los grupos de aceptación y evitación del tratamiento

	Aceptación intervención (N=13)	Evitación intervención (N=12)	Contraste estadístico	p-valor	Tamaño del efecto η_p^2	Potencia observada
Impulsividad funcional (FIDI)	30,75 ± 6,91	30,42 ± 5,77	F= 0,016	0,899	0,001	0,052
Impulsividad disfuncional (FIDI)	30,92 ± 5,82	32,25 ± 6,12	F= 0,299	0,590	0,013	0,082
Neuroticismo-Ansiedad (ZKPQ)	8,67 ± 3,86	12,33 ± 2,99	F= 6,739	**0,016**	0,234	0,699
Actividad (ZKPQ)	8,58 ± 2,84	7,83 ± 2,58	F= 0,457	0,506	0,020	0,099
- Actividad general	4,67 ± 1,72	4,75 ± 1,48	F= 0,016	0,900	0,001	0,052
- Esfuerzo	3,83 ± 1,58	3,08 ± 1,67	F= 1,267	0,272	0,054	0,190
Sociabilidad (ZKPQ)	6,33 ± 3,60	6,92 ± 2,64	F= 0,205	0,655	0,009	0,072
- Fiestas y amigos	3,00 ± 3,09	3,33 ± 1,82	F= 0,173	0,681	0,008	0,068
- Intolerancia al aislamiento	3,33 ± 2,06	3,58 ± 1,08	F= 0,138	0,713	0,006	0,065
Impulsividad – Búsqueda de sensaciones (ZKPQ)	10,50 ± 4,08	7,92 ± 3,70	F= 2,638	0,119	0,107	0,342
- Impulsividad	3,50 ± 1,62	3,58 ± 2,11	F= 0,012	0,915	0,001	0,051
- Búsqueda de sensaciones	7,00 ± 2,73	4,33 ± 2,81	F= 5,565	**0,028**	0,202	0,616
Agresividad-Hostilidad (ZKPQ)	8,58 ± 2,42	3,67 ± 1,49	F= 0,099	0,756	0,004	0,060

La muestra general presentó correlaciones significativas entre el consumo basal (calculado en UBEs) y las puntuaciones directas de las dimensiones de Impulsividad- Búsqueda de Sensaciones y Sociabilidad. En el análisis de correlaciones por grupos, estas variables únicamente correlacionaron significativamente en el grupo de evitación. En cambio, el grupo de aceptación mostró correlaciones negativas significativas entre el consumo basal y la dimensión de Actividad, resultado que no fue significativo en la muestra general ni en el grupo de evitación. Por otro lado, el grupo de evitación mostró una correlación negativa entre el consumo basal y la impulsividad funcional del FIDI que no se evidenció ni en la muestra general ni en el grupo de aceptación. Ver Tabla 5.

La dimensión de impulsividad funcional correlacionó positivamente con la dimensión de Sociabilidad del ZKPQ. La dimensión de Impulsividad Disfuncional mostró correlaciones positivas con la dimensión de Agresividad-Hostilidad tanto en la muestra total como en el grupo de evitación. Respeto a las relaciones entre las diferentes dimensiones del ZKPQ, considerando la muestra general, se observan correlaciones significativas entre las dimensiones de Neuroticismo-Ansiedad y la subdimensión de Impulsividad, esta correlación se evidenció en el grupo de evitación únicamente. Las dimensiones de Actividad y Sociabilidad correlacionaron con la dimensión de Impulsividad-Búsqueda de Sensaciones. Estas correlaciones se evidenciaron en el grupo de aceptación de la intervención.

Tabla 5:

Datos de las correlaciones significativas para la muestra total y los grupos de aceptación y evitación del tratamiento. NS= No significativo.

Correlaciones	N Total N=25	Aceptación intervención (N=13)	Evitación intervención (N=12)
UBEs / Impulsividad–Búsqueda de sensaciones	-0,516 (p= 0,010)	-0,438 (NS)	-0,640 (p= 0,025)
UBEs / Sociabilidad	-0,490 (p= 0,015)	-0,499 (NS)	-0,599 (p=0,040)
UBEs / Actividad	-0,393 (NS)	-0,588 (p= 0,045)	-0,062 (NS)
UBEs / Impulsividad funcional	-0.351 (NS)	-0,166 (NS)	-0,658 (p= 0,020)
Impulsividad funcional / Sociabilidad	0,486 (p= 0,016)	0,445 (NS)	0,568 (NS)
Impulsividad disfuncional /Agresividad-Hostilidad	0,490 (p= 0,015)	0,325 (NS)	0,623 (p= 0,030)
Neuroticismo-Ansiedad/ Impulsividad	0,431 (p= 0,036)	0,246 (NS)	0,744 (p= 0,006)
Actividad / Impulsividad–Búsqueda de sensaciones	0,590 (p= 0,002)	0,709 (p= 0,010)	0,425 (NS)
Sociabilidad / Impulsividad–Búsqueda de sensaciones	0,521 (p=0,009)	0,767 (p= 0,004)	0,324 (NS)

La regresión lineal simple entre la dimensión de Impulsividad-Búsqueda de sensaciones y el consumo basal mostró una relación significativa [F (1,22)= 8,001; p= 0,01], puntuaciones elevadas en esta dimensión explicarían en 26% del consumo observado en la muestra de pacientes (β= -0,267; p = 0,01). La regresión entre la Sociabilidad y el consumo basal [F(1,22)=6,938; p=0,015] nos permite afirmar que esta dimensión explicaría casi la mitad del porcentaje de consumo de los pacientes (β= -0,490, p = 0,015). Estas relaciones se ilustran en las figuras 1 y 2, considerando el grupo de pertenencia de los pacientes.

En el grupo de aceptación de la intervención la regresión lineal simple entre el consumo basal y la actividad mostró una relación significativa [F(1,10)= 5,274 p= 0,045], con un valor de R2= 0,280 (β= -0,588, p = 0,045). Por otro lado, el grupo de evitación aportó una relación significativa en la regresión entre la impulsividad funcional y el consumo basal [F(1,10)= 7,637, p= 0,020] con una R2= 0,376 (β=-0,658, p = 0,020).

INTERVENCIÓN

Se objetivó una reducción significativa del consumo en el total de la muestra con independencia del grupo [F(1,23)= 34,273; p< 0,001; ηp2= 0,609; potencia observada= 1,000], sin que hubiese diferencia entre estos en la evolución [F(1,23)= 0,340; p= 0,566; ηp2= 0,015; potencia observada= 0,086] ni en los contrastes de cada una de las medidas temporales realizadas. La disminución del consumo se observó tanto en el grupo de aceptación con valores de [F(1,12)= 13,233; p= 0,003; ηp2= 0,524; potencia observada= 0,915], como en el grupo de evitación con una diminución del consumo de [F(1,10)= 33,235; p<0,001;ηp2= 0,524; y potencia observada = 0,999]. Ver tabla 6 y Figura 3.

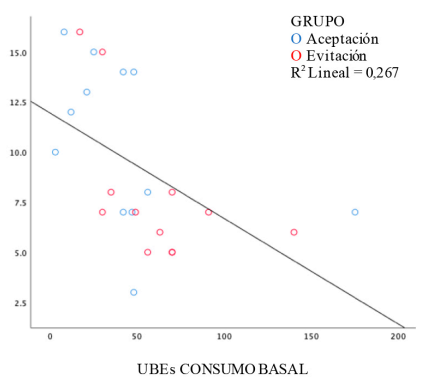


Figura 1. Gráfica de dispersión de la regresión entre puntuación directa de Impulsividad-Búsqueda de sensaciones y consumo basal en UBEs.

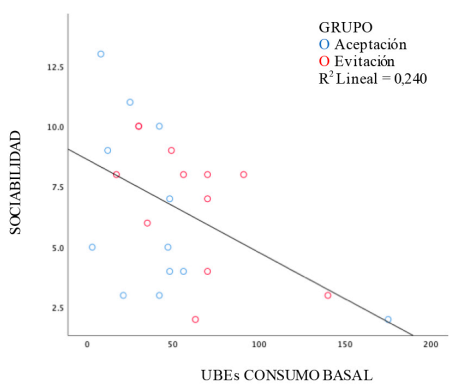


Figura 2. Gráfica de dispersión de la regresión entre puntuación directa de Sociabilidad y consumo basal en UBEs.

Tabla 6:

Consumo en UBEs (medianas y errores estándar) y contrastes estadísticos para los grupos de aceptación y evitación del tratamiento.

	Aceptación intervención (N=13)	Evitación intervención (N=11)	Contraste estadístico	p-valor	Tamaño del efecto η_p^2
Consumo basal	42,15 ± 12,071	60,08 ± 9,567	F= 1,175	0,290	0,051
Consumo control 30 días	0,15 ± 0,154	9,64 ± 6,555	F= 2,492	0,129	0,102
Consumo control 90 días	1,92 ± 1,003	12,91 ± 7,402	F= 2,558	0,124	0,104

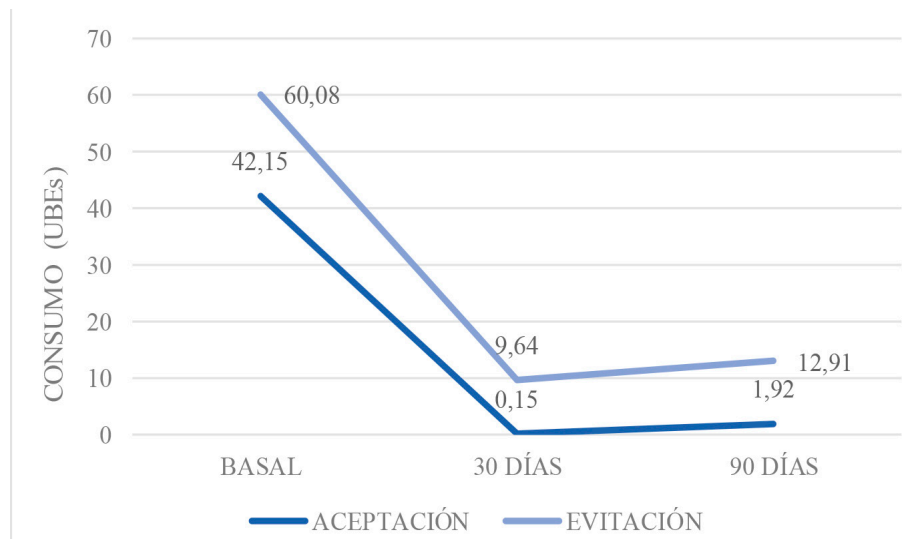


Figura 3. Consumo en los tres tiempos de evaluación para los grupos de aceptación y evitación del tratamiento.

Las frecuencias para los estados de la rueda del cambio de los pacientes se muestran en la Figura 4, pudiéndose observar que no se obtuvieron diferencias significativas entre los grupos. Aún así, en un inicio, en el grupo de aceptación de la intervención, había más pacientes que se encontraban en una fase contemplativa previamente a la intervención, y este dato alcanzaba el 76,9% de pacientes en estado contemplativo al final de la intervención, mientras que en el grupo de evitación solamente se mostraban contemplativos del cambio la mitad. Pasado un mes de la intervención y el alta hospitalaria, la mayoría de los pacientes se mantuvieron abstinentes en los dos grupos, pero las recaídas fueron más prevalentes en el grupo de evitación. Este hecho se anivela al cabo de dos meses, donde podemos observar que aunque la mayoría de los pacientes siguen en mantenimiento, un 30,8% de los pacientes del grupo de aceptación y un 25% del grupo de evitación recaen en el consumo, reduciendo de forma considerable respecto a valores previos a la intervención.

DISCUSIÓN

En este trabajo se ha querido estudiar la efectividad preliminar de una intervención breve basada en la entrevista motivacional para reducir o mantenerse abstinente del consumo de bebidas alcohólicas en una muestra de pacientes que presentaba criterios de consumo de riesgo o dependencia reclutada en el ámbito hospitalario.

Los resultados respecto a las características sociodemográficas de la muestra coinciden con los hallados en trabajos previos con sujetos con diagnóstico de trastorno por uso de sustancias (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), 2017; Pascual et al., 2013).

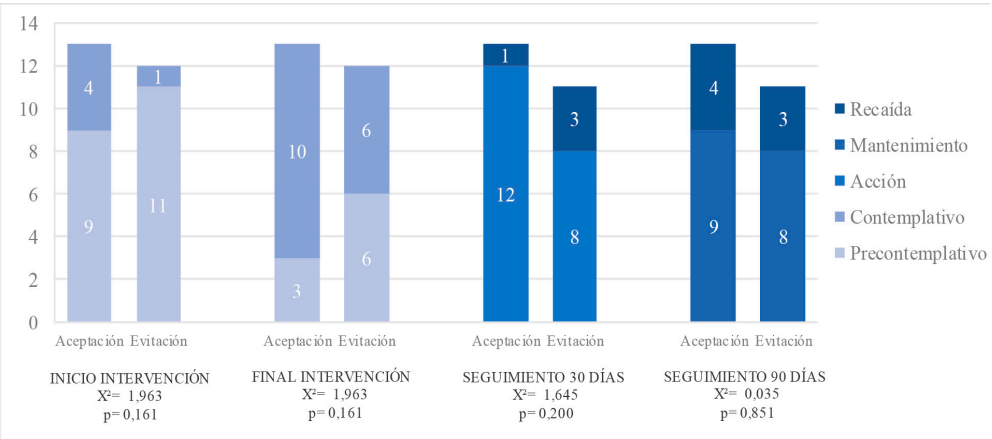


Figura 4. Comparación entre grupos (Aceptación y Evitación al tratamiento) de las fases de la rueda del cambio en las distintas mediciones realizadas.

La edad media de los pacientes de la muestra coincide con la edad de mayor prevalencia de consumo de alcohol de riesgo y dependencia presentado por el Plan Nacional sobre Drogas (2017). La estabilidad familiar es un factor clave en la aceptación por parte del paciente de un abordaje terapéutico y el mantenimiento de la abstinencia (Pereiro Gómez, 2010) y, en el presente estudio, un 56% de los pacientes tenían pareja estable. Los datos de escolaridad de los pacientes son similares a estudios anteriores, caracterizadas por una baja formación, donde la mayoría de los pacientes no llegan a cursar estudios de secundaria. La situación laboral reflejada como la inactividad es muy presente en esta muestra, ya sea por desocupación o invalidez, con una parte minoritaria de pacientes activos laboralmente. Estos resultados corroboran el hecho de que la situación laboral inactiva es un factor de riesgo para el consumo de alcohol (Henkel, 2011; Pascual y Guardia, 2012).

En el Estado español, la edad media de inicio en el consumo de alcohol se sitúa a los 16,6 años (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), 2017), edad ligeramente inferior a los 17,8 años del presente trabajo. Los pacientes tenían un rango variado de edad, pero la mayoría eran adultos en décadas avanzadas y esta edad de inicio en el consumo tan baja ha aparecido en los últimos años con cambios en el patrón de consumo (*binge drinking)* (Adan, 2012). En la muestra no se evidenciaron diferencias en la presencia de antecedentes familiares de primer grado de trastorno de uso de sustancias, si bien los estilos parentales y las connotaciones sociales aprendidas se han descrito como un factor de vulnerabilidad importante en el desarrollo de un trastorno por uso de sustancias (TUS) (Becoña et al., 2012). Hay que destacar la poca vinculación previa de estos pacientes a servicios especializados, el 72% del total de la muestra. Este hecho evidencia unas dificultades manifiestas de estos pacientes a consultar o pedir ayuda (Pascual y Guardia, 2012), dificultades que en muchos casos son multifactoriales y justifican las elevadas cifras en años de consumo regular adquiridas. En nuestro caso, tenemos una media de 33,28 años de consumo ininterrumpido, contrastado con los datos objetivos presentados de función y rigidez hepática con consecuencias médicas evidentes.

Respeto a las variables de personalidad, el grupo que evitaba la intervención mostró puntuaciones significativamente más altas en la dimensión de Neuroticismo-Ansiedad. Otros estudios han mostrado con anterioridad mayores puntuaciones en Neuroticismo con pacientes con TUS que tomaban estrategias de afrontamiento evitativas (Ribadier y Verascon, 2019). Por otro lado, los pacientes que aceptaron la intervención mostraron puntuaciones directas superiores en la subdimensión de Búsqueda de Sensaciones. Esta subescala corresponde a la necesidad de experimentar diferentes sensaciones y disfrutar de experiencias variadas (Zuckerman, 2002). Es posible que esta voluntad actúe de facilitador a mantener actitudes de aceptación y en este caso, facilite el abordaje terapéutico.

Una de las variables más relacionadas con el consumo de riesgo y dependencia alcohólica es la impulsividad En esta muestra no se encontraron diferencias significativas entre grupos en

ella, pero sí se evidenció una correlación negativa entre la impulsividad y el consumo basal de alcohol semanal. Esto indica que los pacientes que puntuaban más alto en esta dimensión eran aquellos que presentaban consumos menos elevados, aunque seguían por encima del baremo patológico. Este resultado no concuerda con estudios donde se muestra un peor control en la planificación y atención impulsiva en personas dependientes del alcohol (Kozak et al., 2019; Vaughan et al., 2019). La Impulsividad y la Búsqueda de sensaciones son dos constructos diferenciados conceptualmente y variables en el transcurso del tiempo. La parte patológica asociada al primer rasgo de personalidad conforma la Impulsividad disfuncional o con consecuencias negativas para la persona, mientras que la Búsqueda de sensaciones no acarrea carga negativa de actuar o tomar decisiones con consecuencias negativas (Adan et al., 2010).

De forma similar, la asociación negativa obtenida entre Sociabilidad y el consumo basal en la totalidad de la muestra y en el grupo de evitación apunta que los pacientes con un consumo más moderado son los que tienen puntuaciones más elevadas de sociabilidad. Este dato puede estar representando dos realidades relevantes en la descripción de perfiles de vulnerabilidad. En primer lugar, puede representar la influencia del factor social y cultural en la normalización de la conducta de toma de alcohol, donde los encuentros sociales conllevan al consumo (Stone et al., 2021). Por otro lado, referente a los casos donde el consumo es superior y se encuentran puntuaciones más bajas de Sociabilidad, se podría explicar por la alta tasa de comorbilidad entre el consumo patológico y rasgos de personalidad como el antisocial y límite (Helle, Watts, Trull y Sher, 2019).

En el grupo que aceptaba la intervención, la dimensión de Actividad se mostró protectora de consumos abusivos. Esta dimensión ha estado previamente relacionada con la ritmicidad circadiana, obteniendo mayores puntuaciones las personas matutinas (Muro, Gomà-i-Freixanet, y Adan, 2009). Se ha demostrado que las personas con patrones matutinos tienden a tener menores consumos de sustancias respeto a aquellas con ritmicidad vespertina (Prat y Adan, 2011). Así pues, sería interesante, para futuros estudios, estudiar el papel protector de esta variable de personalidad juntamente con la influencia del patrón circadiano en el trastorno por uso de alcohol.

Como se ha comentado anteriormente, la impulsividad es considerada un marcador de vulnerabilidad en trastornos adictivos y patrones de conducta agresiva y antisocial. Es interesante poder discernir entre la impulsividad funcional, más protectora, y la impulsividad disfuncional que contiene aspectos más patológicos. En este trabajo se han obtenido relaciones significativas entre las puntuaciones de impulsividad disfuncional y la dimensión de Agresividad-Hostilidad y Neuroticismo-Ansiedad, relaciones que aparecen en el total de la muestra y se explican por el efecto del grupo de evitación. Estas dimensiones se han relacionado consistentemente con peores pronósticos de la conducta alcohólica (Ribadier y Varescon, 2019). Por otro lado, la impulsividad funcional ha estado relacionada con un consumo inferior y mayores puntuaciones de

actividad en el grupo de aceptación y mayores puntuaciones de Sociabilidad en la muestra total, que se han mostrado como factores protectores del consumo abusivo (Stone et al., 2012). A falta de más investigación, los resultados podrían estar reflejando dos patrones de consumo con pronósticos diferentes. Estos resultados refuerzan el interés de considerar la diferenciación entre estrategias de afrontamiento, ya que pueden enmarcar aspectos asociados tradicionalmente a una buena o mala respuesta al tratamiento y riesgo de recaídas.

Respecto al objetivo principal del estudio, los resultados indican que la intervención breve es efectiva, evidenciándose una reducción del consumo de los pacientes en todos los momentos temporales del seguimiento. Estos resultados coinciden con los encontrados en trabajos previos que utilizaron intervenciones similares (Bruguera et al., 2018), siendo el presente trabajo el primero que adapta esta metodología a ingresos hospitalarios de unidades de medicina interna y digestiva.

Nuestro estudio no está exento de limitaciones, entre las que destaca la excepcionalidad de la crisis sanitaria provocada por la pandemia de la COVID-19, que interrumpió la duración esperada del proyecto y la posibilidad de tener una mayor muestra de pacientes. Variantes tan influyentes como la edad o el sexo no han podido controlarse adecuadamente, debido al amplio rango de edad y escasa participación de mujeres. Otras limitaciones son la heteroadministración de algunos de los cuestionarios de personalidad a requerimiento del paciente, por lo que se sospecha de aquiescencia y deseabilidad en algunas respuestas que pueden estar influenciando los resultados, y los seguimientos telefónicos debido a la situación de confinamiento. Es importante cuestionarse la implicación del confinamiento obligatorio que se impuso al Estado español durante el tiempo que se realizó el estudio. La efectividad de la intervención cobra especial interés en el cambio socioeconómico generado por la pandemia, donde se han multiplicado los estresores externos tales como la pérdida de trabajos, convivencia familiar o aislamiento social, la amenaza de recesión económica y preocupación por el estado de salud.

En resumen, los datos son suficientemente positivos para continuar con la aplicación de la intervención, la cual parece relevante y coste-efectiva en el ámbito clínico donde se ha desarrollado.

BIBLIOGRAFÍA

Adan, A. (2012). *Impulsividad funcional y disfuncional en jóvenes con consumo intensivo de alcohol (binge drinking)*. Adicciones, 24(1), 17-22. https://doi.org/10.20882/adicciones.113

Becoña, E., Martínez, Ú., Calafat, A., Juan, M., Fernández-Hermida, J. R., & Secades-Villa, R. (2012). *Parental styles and drug use: A review.* Drugs: Education, Prevention and Policy. Taylor & Francis. https://doi.org/10.3109/09687637.2011.631060

Beyer, F. R., Campbell, F., Bertholet, N., Daeppen, J. B., Saunders, J. B., Pienaar, E. D., … Kaner, E. F. S. (2019). *The Cochrane 2018 review on brief interventions in primary care for hazardous and harmful Alcohol Consumption: A Distillation for Clinicians and Policy Makers.* Alcohol and Alcoholism, 54(4), 417-427. https://doi.org/10.1093/alcalc/agz035

Bruguera, P., Barrio, P., Oliveras, C., Braddick, F., Gavotti, C., Bruguera, C., … Gual, A. (2018). *Effectiveness of a Specialized Brief Intervention for At-risk Drinkers in an Emergency Department: Short-term Results of a Randomized Controlled Trial.* Academic Emergency Medicine, 25(5), 517-525. https://doi.org/10.1111/acem.13384

Cobain, K., Owens, L., Kolamunnage-Dona, R., Fitzgerald, R., Gilmore, I., & Pirmohamed, M. (2011). *Brief interventions in dependent drinkers: A comparative prospective analysis in two hospitals.* Alcohol and Alcoholism, 46(4), 434-440. https://doi.org/10.1093/alcalc/agr044

Contel G., M., Gual S., A., & Colom F., J. (1999). *Test para la identificacion de transtornos por uso de alcohol (AUDIT): Traduccion y validacion del audit al Catalan y Castellano.* Adicciones, 11(4), 337-347. https://doi.org/10.20882/adicciones.613

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). (2017). *Programa de Encuestas sobre Alcohol y Otras Drogas en España (EDADES).* Plan Nacional Sobre Drogas. Recuperado de http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm

Dickman, S. J. (1990). *Functional and Dysfunctional Impulsivity: Personality and Cognitive Correlates.* Journal of Personality and Social Psychology, 58(1), 95-102. https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.1.95

Helle, A. C., Watts, A. L., Trull, T. J., & Sher, K. J. (2019). *Alcohol use disorder and antisocial and borderline personality disorders.* Alcohol research : current reviews, 40(1). https://doi.org/10.35946/arcr.v40.1.05

Henkel, D. (2011). *Unemployment and substance use: A review of the Literature (1990-2010).* Current Drug Abuse Reviews. Bentham Science Publishers B.V. https://doi.org/10.2174/1874473711104010004

Ilgen, M. A., McKellar, J., Moos, R., & Finney, J. W. (2006). *Therapeutic alliance and the relationship between motivation and treatment outcomes in patients with alcohol use disorder.* Journal of Substance Abuse Treatment, 31(2), 157-162. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.04.001

Kozak, K., Lucatch, A. M., Lowe, D. J. E., Balodis, I. M., MacKillop, J., & George, T. P. (2019). *The neurobiology of impulsivity and substance use disorders: implications for treatment.* Annals of the New York Academy of Sciences, 1451(1), 71-91. https://doi.org/10.1111/nyas.13977

Miller, William R., & Wilbourne, P. L. (2002). *Mesa Grande: A methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders.* Addiction, 97(3), 265-277. https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00019.x

Muro, A., Gomà-I-Freixanet, M., & Adan, A. (2009). *Morningness-eveningness, sex, and the alternative five factor model of personality.* Chronobiology International, 26(6), 1235-1248. https://doi.org/10.1080/07420520903240491

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018.* Global status report on alcohol (Vol. 65). WHO. https://doi.org/10.1037/cou0000248

Pascual, F., & Guardia, J. (2012). *Monografia Sobre El Alcoholismo.* Socidrogalcohol.

Pascual, F., Guardia, J., Pereiro, C., & Bobes, J. (2013). *Alcoholismo. Guía de intervención en el trastorno por consumo de alcohol.* Socidrogalcohol (3ra edició). Barcelona. https://doi.org/10.1016/B978-0-08-045396-5.00059-2

Pereiro Gómez, C. (2010). *Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación.* Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, Ed.). Gobierno de España.

Prat, G., & Adan, A. (2011). *Influence of circadian typology on drug consumption, hazardous alcohol use, and hangover symptoms.* Chronobiology International, 28(3), 248-257. https://doi.org/10.3109/07420528.2011.553018

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). *Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51(3), 390-395. https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390

Ribadier, A., & Varescon, I. (2019). *Anxiety and depression in alcohol use disorder individuals: the role of personality and coping strategies* . Substance Use & Misuse, 54(9), 1475-1484. https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1586950

Stone, A. L., Becker, L. G., Huber, A. M., & Catalano, R. F. (2012). *Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood.* Addictive Behaviors. Addict Behav. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.02.014

Vaughan, C. L., Stangl, B. L., Schwandt, M. L., Corey, K. M., Hendershot, C. S., & Ramchandani, V. A. (2019). *The relationship between impaired control, impulsivity, and alcohol self-administration in nondependent drinkers.* Experimental and Clinical Psychopharmacology, 27(3), 236-246. https://doi.org/10.1037/pha0000247

Zuckerman, M. (2002). Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ): *An alternative five-factorial model.* Big Five Assessment. https://doi.org/10.1037/0022-3514.65.4.757

UNA APROXIMACIÓN A LA RELACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y LAS ADICCIONES.

AN APPROACH BETWEEN EATING DISORDERS AND ADDICTIONAL PATOLOGIES.

Ricardo Pérez-Martín

Psicólogo general sanitario, máster en terapia cognitivo social, máster en terapia sexual y de pareja. Miembro del equipo de investigación y evaluación psicológica, así como psicoterapeuta en Ita. Especialistas en salud mental.

Elena Cruz

Psicóloga general sanitaria. Miembro del equipo de investigación y evaluación psicología de Ita. Especialistas en salud mental.

Antoni Grau

Director Clínico del Grupo ITA, Director del Máster en Intervención Psicológica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y la Obesidad. Director del postgrado Modelo Integrado de tratamiento en los Trastornos de la Conducta Alimentaria y la Obesidad. Director del postgrado Entrenamiento en la práctica clínica de los trastornos de la Conducta Alimentaria y la Obesidad

RESUMEN

Existe una elevada comorbilidad entre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias y trastornos adictivos. A pesar de ser categorías nosológicas independientes, presentan una etiología y sintomatología común. Estas similitudes han promovido que diferentes autores se hayan planteado si el TCA o algunos de sus elementos característicos puedan ser considerados elementos adictivos. Una mayor comprensión de los términos “adicción a la comida” y “adicción a la restricción” podría aumentar la eficacia de los tratamientos.

PALABRAS CLAVE

Trastornos por uso de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, adicción a la comida, adicción a la restricción, adicciones conductuales.

ABSTRACT

There is a high comorbidity between eating disorders (ED) and those disorders related to substance use and addictive disorders. Despite being independent disorder categories, they all share a common aetiology and symptomatology. Due to these similarities, many authors have proposed that ED or some of its characteristics features might be considered as addictive elements. A better understanding of the terms “food addiction” and “addiction to restriction” might increase the efficacy of treatment.

KEY WORDS

Substance use disorder; eating disorders; food addiction, addiction to restriction, behavioral addiction.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), se caracterizan por una alteración conductual ante la ingesta alimentaria o por la aparición de comportamientos de control del peso con graves repercusiones físicas y funcionales para el individuo ((Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009). Estas conductas se convierten en elementos centrales de su identidad a pesar de contradecir ciertos instintos básicos de supervivencia (Álvarez et al., 2021). Es recurrente escuchar en el contexto clínico afirmaciones como “Soy anoréxica”, donde se observa como los contenidos relacionados con la alimentación están influyendo en la identidad del paciente. Estos trastornos conllevan irremediablemente repercusiones físicas, psicológicas y sociales (Rojo, 2019).

Además de la alteración conductual, es frecuente encontrar en los TCA alteraciones en la autoevaluación, la imagen corporal, y en el procesamiento y regulación de las emociones (Álvarez et al., 2021; Brooks et al., 2011; Rojo, 2019). La autoevaluación, y con ello la autoestima, está fuertemente condicionada por la apariencia física, siendo recurrente la presencia de una pobre percepción de sí mismos, así como una sobrevaloración de los otros (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre los Trastornos de la

Conducta Alimentaria, 2009).

En cuanto a la imagen corporal, las personas con TCA identifican un conflicto entre la percepción que tienen de su propio cuerpo y el cuerpo deseado. La construcción del cuerpo deseado se sustenta sobre creencias disfuncionales que atribuyen a determinadas formas corporales ciertos atributos atractivos. Cuanto más correlacionada está la asociación entre imagen corporal y autoestima, más frecuente es , la aparición de fobia ponderal como estrategia de protección (Brooks et al., 2011).

A nivel de procesamiento y regulación de las emociones, es común la presencia de alexitimia, entendida como la dificultad para identificar y describir sentimientos y sensaciones corporales con constricción en la vida simbólica (Fox & Froom, 2009) y dificultades en la regulación del afecto negativo, siendo esto observable a nivel neurológico (Marsh et al., 2009; Montague et al., 2004). La dificultad en la regulación del afecto negativo se corresponde con una de las variables más estudiadas en los TCA debido a su correlación con la gravedad del trastorno; cuanto mayores dificultades emocionales, mayor gravedad clínica (Nordb ø et al., 2012). De esta manera, la restricción alimentaria, el atracón o el vómito actúan como una estrategia disfuncional de afrontamiento ante problemas emocionales debido a que, al reenfocar la atención hacia el peso y la alimentación, el individuo percibe una falsa sensación de seguridad siendo mantenido en el tiempo por refuerzo negativo (Fox & Froom, 2009). En el caso de la Anorexia Nerviosa (AN), restringir por un lado reduce la distancia con su imagen corporal deseada y, por otro lado, reduce las emociones desagradables, mientras, en las personas diagnosticadas de bulimia nerviosa (BN), son los atracones los que reducen dichas emociones desagradables (Fox & Froom, 2009).

COMORBILIDAD DE LOS TCAS Y LAS ADICCIONES

Una de las comorbilidades más frecuentes con los TCA es el trastorno por uso de sustancias (TUS) (Carral Fernández, 2016), con un nivel de prevalencia estimada de entre un 22-50% (Calero-Elvira et al., 2009; Del Pino-Gutiérrez et al., 2017). Este factor constituye un factor de peor pronóstico terapéutico (Merlo et al., 2009).

Las mayores tasas de consumo de sustancias y de trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos se encuentran entre mujeres afectadas por TCA, siendo más presente esta relación en casos de BN y AN de subtipo purgativo, en las que prevalece un elevado consumo de alcohol, además de otras drogas (Root et al., 2010). De manera específica, se ha encontrado relación entre presencia de atracones y mayor consumo de alcohol, mientras que los comportamientos de purga han demostrado predecir el consumo de diversas sustancias, entre las que destacan principalmente alcohol, cocaína, tabaco, estimulantes y anfetaminas. De igual manera, el consumo de psicoestimulantes (como el caso de la nicotina) pueden utilizarse frecuentemente como método de supresión del apetito o como intento de control de peso, principales objetivos en algunos de los TCA como la Anorexia Nerviosa (AN) (Krahn et al., 2005; Piran & Robinson, 2006).

A nivel de sintomatología, muchos de los síntomas de adicción a sustancias pueden ser igualmente aplicados a individuos diagnosticados de TCA (Meule & Gearhardt, 2014), Entre estos síntomas destacan las alteraciones en el apetito y la saciedad, comportamientos obsesivos e impulsivos, y conductas autodestructivas con graves consecuencias médicas (Root et al., 2010). Concretamente, la impulsividad es un factor importante en cuanto al desarrollo y mantenimiento de los TCA, además de ser un factor de riesgo también para los Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos (Reas et al., 2016; Robbins et al., 2012).

Esta similitud sintomatológica entre TCA y TUS se ha visto subrayada por el hecho de que, durante los últimos años, los criterios diagnósticos para el TUS han sido modificados, especialmente aquellos criterios más relacionados con el uso compulsivo (Flores-Fresco et al., 2018), Algunos autores han ensayado la asimilación de ciertos patrones de conducta alimentaria con fenómenos característicos de las adicciones no tóxicas (entre los que se incluyen el *craving* o deseo, la pérdida de control, el síndrome de abstinencia, la tolerancia y una alta tasa de recaída) (Potenza, 2006). Por tanto, la conducta adictiva en TCA vendría caracterizada por la experimentación de una compulsión hacia la búsqueda y consumo de alimentos, una pérdida de control en la ingesta y la aparición de un estado emocional desagradable (representado consistente en disforia, ansiedad, irritabilidad) cuando se dificulta el acceso a la comida (Koob et al., 2014). Además, se ha observado que en las pacientes con AN, al igual que pasaría en pacientes con trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, existe una habituación más rápida ante las nuevas sensaciones (Speranza et al., 2012).

A nivel de personalidad, las personas afectadas por TCA y trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, comparten ciertos rasgos de personalidad. En este sentido, de forma homóloga a lo que ocurre con el TUS, un elevado grado de neuroticismo conduciría a la persona a adoptar conductas rígidas relacionadas con la comida o conductas impulsivas (Espina Eizaguirre et al., 2001). Del mismo modo, puntuaciones significativas en el constructo “Búsqueda de Novedades” hermana también ambos trastornos. El constructo, “Búsqueda de Novedades” se considera un elemento central en los problemas con las sustancias, pero también se han hallado resultados significativos en pacientes que presentaban de forma comórbida un TCA (Del Pino-Gutiérrez et al., 2017), especialmente en aquellos TCA con mayor impulsividad como en la BN y Trastorno por Atracón (Rosińska et al., 2020).

A nivel bioquímico existe también una alta correlación entre BN y los rastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos; Baker et al. (2010) apuntan que aproximadamente un 83% de esta correlación se debe a factores genéticos, por lo que se confirmaría la existencia de factores genéticos comunes a ambos trastornos. Pese a la propuesta de una diátesis familiar común, en los estudios genéticos no se ha podido demostrar evidencias suficientes y consistentes sobre etiología común entre TCA y Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos (Lilenfeld, 2004).

Para el desarrollo de una conducta adictiva se elabora un modelo a partir de dos factores: la existencia común de una predisposición a presentar fenómenos adictivos y una selección de la sustancia o comportamiento al que va a existir adicción, como serían las sustancias adictivas o los comportamientos alimentarios (Goodman, 1990 citado en Rojo, 2019).

Por todas estas similitudes, autores como Barrionuevo (2010) se han preguntado si el TCA podría considerarse como una adicción, pese a que concluyeron que el TCA y la adicción son dos categorías nosológicas diferenciadas. No obstante, se plantean varias hipótesis etiopatogénicas donde la ingesta alimentaria o la falta de esta pueda ser considerados una adicción comportamental (Rojo, 2019). De manera específica, Rojo-Moreno et al. (2014) plantea que algunos de los síntomas propios del TCA, como por ejemplo el atracón o la restricción alimentaria, son el resultado de que estímulos asociados a la clínica alimentaria (como pueden ser los alimentos) actúen a través de la activación de los mismos mecanismos involucrados en otros procesos adictivos. Por tanto, los circuitos de recompensa estarían involucrados en la génesis y/o mantenimiento de estos trastornos. Con el desarrollo de dicha conceptualización, se promueve el interés por términos como "adicción a la comida" y "adicción a la restricción".

¿ADICCIÓN A LA COMIDA?

A pesar de que el concepto de Adicción a la comida (AC) fue desarrollado en 1956, (Randolph, 1956), no es hasta la actualidad cuando la comunidad científica ha empezado a interesarse en ello con el objetivo, entre otros, de mejorar la conceptualización de los factores psicológicos asociados al sobrepeso y la obesidad (Hilker, 2016).

La AC o, tal como defienden diferentes autores, "adicción al comer" o "trastorno adictivo al comer" (Hebebranda et al., 2014) podría entenderse como el consumo incontrolable, compulsivo y de forma excesiva de cierto tipo de alimentos (altamente procesados, una alta palatabilidad e hipercalóricos), provocando un deterioro significativo del funcionamiento de la persona, dado que no existe una definición consensuada del término (Hilker, 2016; Rojas-jara et al., 2020). Al considerar la ingesta alimentaria como una adicción, la intensificación progresiva de la ingesta de determinados alimentos puede ser entendida como tolerancia, la repetición descontrolada de dicha conducta a pesar de los efectos adversos y su interferencia en la vida general puede ser entendida como dependencia y, finalmente, la existencia de malestar significativo ante la interrupción o la imposibilidad de desarrollar dicho ritual puede ser entendido como dependencia (Gordon et al., 2018; Rojas-jara et al., 2020). Estos son constructos nucleares en una adicción.

En el terreno de las neurociencias existen diferentes hipótesis que sustentarían la consideración de la ingesta alimentaria como un elemento adictivo. Entre ellas, destacan las siguientes:

Por un lado, la presencia de un sistema dopaminérgico hipoactivo que induce al individuo al consumo de sustancias o la ingesta de alimentos

altamente palatables con el propósito de contrarrestar dicha alteración (Agüera et al., 2016; Gordon et al., 2018).

Por otro lado, la producción de opioides endógenos ante la ingesta de determinados alimentos provoca sensaciones de placer (Agüera et al., 2016; Gordon et al., 2018).

Finalmente, la presencia de bajos niveles de serotonina basales pueden promover la deseabilidad de determinadas sustancias o alimentos y reducir el control inhibitorio.

Para el estudio empírico de dicho constructo, se han desarrollado varios instrumentos, la *Yale Food Addiction Scale* y la Yale Food Addiction Scale 2.0 (Rojo, 2019):

- La *Yale Food Addiction Scale* (YFAS) (Gearhardt et al., 2009) mide la tendencia adictiva hacia la comida, teniendo en cuenta los criterios diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 2000). Este cuestionario está compuesto de 27 ítems. Del 1 al 16, los ítems son evaluados mediante una escala Likert de 5 puntos entre "nunca" y "4 o más veces a la semana o a diario". Del 17 al 24, los ítems son dicotómicos, se evalúan mediante "no" y "sí". Finalmente, el ítem 25 se evalúa mediante una escala Likert de 5 puntos entre "1 o ninguna vez" y "5 o más veces". A pesar de las diferencias de corrección, todos ellos se puntúan teniendo en cuenta los últimos 12 meses.
- La *Yale Food Addiction Scale Version 2.0* (YFAS 2.0) (Gearhardt et al., 2016). A diferencia del instrumento anterior, evalúa la tendencia adictiva hacia la comida teniendo en cuenta los criterios diagnósticos del DSM –5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Se trata de un cuestionario compuesto de 35 ítems evaluados mediante una escala Likert de 8 puntos entre "Nunca" y "Todos los días". La puntuación se realiza teniendo en cuenta los últimos 12 meses.

Autores como Agüera et al. (2016) destacan la existencia de otros cuestionarios relacionados con el estudio de la AC:

- *The Shorter PROMIS Questionnaire* (SPQ) (Christo et al., 2003) evalúa 16 escalas relacionadas con diferentes comportamientos adictivos; atracones, restricción, alcohol, tabaco, drogas recreativas, compras, juego, sexo, trabajo, cafeína, medicamentos, ejercicio, relaciones dominantes, sumisas y de ayuda. Todas cuentan con 10 ítems por escala. Se trata de un cuestionario compuesto de 160 ítems evaluados mediante una escala 5 puntos entre "No se aplica a mí" y "Sí se aplica a mí".
- *The Power of Food Scale* (PFS) (Lowe et al., 2009) mide el apetito del individuo relacionado con alimentos de alta palatabilidad. Se trata de un cuestionario compuesto de 15 items evaluados mediante una escala Likert de 5 puntos entre "Muy en desacuerdo" y "Muy de acuerdo".

- *Palatable Eating Motives Scale* (PEMS) (Burgess et al., 2014) mide los motivos individuales del consumo de alimento con alta palatabilidad. Está compuesto de 20 ítems evaluados mediante una escala Likert de 5 puntos entre "Nunca" y "Siempre".

- *Control of Eating Questionnaire* (CoEQ) (Dalton et al., 2015) mide la gravedad y el tipo de deseo relacionado con la ingesta alimentaria. Hay dos versiones, una engloba un espacio temporal de los últimos 7 días y la otra, 1 día. Está compuesto de 21 ítems evaluados mediante una escala de 10 puntos entre "Nada" y "Extremadamente".

¿ADICCIÓN A LA RESTRICCIÓN?

El concepto de Adicción a la restricción alimentaria o "adicción a la comida en menos" como lo han denominado algunos autores (Barrionuevo, 2010) se genera como modelo explicativo para entender la experiencia subjetiva de algunas pacientes con trastorno de la conducta alimentaria (Godier & Park, 2015b). De esta manera, la intensificación progresiva de la restricción alimentaria puede ser entendida como tolerancia, la repetición descontrolada de la conducta a pesar de los efectos adversos y su interferencia en la vida general puede ser entendida como dependencia, y finalmente, la existencia de malestar significativo ante la interrupción o la imposibilidad de desarrollar dicho ritual puede ser entendido como dependencia (Bright, 2020; Godier & Park, 2015b; Olsen, 2011; Rojo-Moreno et al., 2014; Scheurink et al., 2010).

De forma similar a la AC, la conceptualización de la restricción como conducta adictiva se apoya sobre varias hipótesis bioquímicas. Por un lado, la alteración del sistema dopaminérgico, serotoninérgico y su interacción. Estas alteraciones provocarían que la liberación dopaminérgica tras la ingesta fuera menos recompensante y más ansiógena, promoviendo el ayuno y, con él, un descenso del malestar general (Rojo, 2019).

Por otro lado, la dependencia de la actividad opioide secundaria a la deprivación de la ingesta alimentaria. Ante la deprivación de ingesta continuada en el tiempo, se mantendría estable la liberación de opioides endógenos y la activación del sistema de recompensa, generando una reducción de la clínica ansiosa y anímica (Rojo, 2019).

Para el estudio empírico de dicho constructo, se han desarrollado varios instrumentos, *Self-Starvation Scale* (Godier & Park, 2015a) en Reino Unido y el Cuestionario Valencia de Adicción a la Restricción (Rojo-Moreno et al., 2014) en España.

- *Self-Starvation Scale* (SS) (Godier & Park, 2015a) mide el elemento compulsivo de la inanición. Es un cuestionario compuesto de 17 ítems evaluados mediante una escala Likert de 7 puntos entre "Nunca" y "Todos los días" teniendo en cuenta los últimos 28 días.

- El Cuestionario Valencia de Adicción a la Restricción (Rojo-Moreno et al., 2014) mide la dependencia al ayuno o restricción de la ingesta a cuestionario compuesto de 25 ítems. Del 1 al 16, los ítems son evaluados mediante una escala Likert de 5 puntos entre "Nunca" y "4 o más veces a la semana o a diario". Del 17 al 24, los ítems son dicotómicos, se evalúan mediante "No" y "Sí". Finalmente, el ítem 25 se evalúa mediante una escala Likert de 5 puntos entre "1 o ninguna vez" y "5 o más veces". A pesar de las diferencias de corrección, todos ellos se puntúan teniendo en cuenta los últimos 12 meses.

CONCLUSIONES

Más allá de considerar o no el TCA una adicción, lo que queda patente es la gran relación que mantienen ambos constructos. Dentro del espacio terapéutico, la presencia de ambos es un factor de peor pronóstico terapéutico por lo que, con el objetivo de mejorar la eficacia de los tratamientos, la comunidad científica ha puesto el foco en los procesos que intervienen en estos casos generando nuevas formas de conceptualizar la sintomatología presente, entre los que destacan la adicción a la comida y adicción a la restricción.

La adicción a la comida y la adicción a la restricción cuentan con cierto apoyo empírico, aunque aún no puedan ser considerados trastornos e incluidos dentro de los principales manuales de diagnóstico. De ahí, la importancia de seguir trabajando e investigando en esta línea.

BIBLIOGRAFÍA

Agüera, Z., Wolz, I., Sánchez, I. M., Sauvaget, A., Hilker, I., Granero, R., Jiménez-Murcia, S., & Ferández-Aranda, F. (2016). *Adicción a la comida: Un constructo controvertido. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*. Revista Iberoamericana de Psicosomática, 117, 17–30.

Álvarez, V., Maldonado-Ferrete, R., Catalán-Camacho, M., & Jáuregui-Lobera, I. (2021). *Quién influye en quién: el trío Flexibilidad Cognitiva – Emociones – Trastornos de la Conducta Alimentaria.* Journal of Negative & No Positive Results, 6(1), 47–67. https://doi.org/https://doi.org/10.19230/jonnpr.3687

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV* (Masson).

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (Editorial).

Baker, J. H., Mitchell, K. S., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2010). *Eating disorder symptomatology and substance use disorders: Prevalence and shared risk in a population based twin sample.* International Journal of Eating Disorders, 43(7), 648–658. https://doi.org/10.1002/eat.20856

Barrionuevo, N. (2010). *Los trastornos de la Conducta Alimentaria ¿Una forma de adicción?* In Adicciones. Nuevos paraisos artificiales (Editorial, pp. 129–154).

Bright, B. (2020). *Anorexia Nervosa: An Addiction.* University of Utah.

Brooks, S., Prince, A., Stahl, D., Campbell, I. C., & Treasure, J. (2011). *A systematic review and meta-analysis of cognitive bias to food stimuli in people with disordered eating behaviour.* Clinical Psychology Review, 31(1), 37–51. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.006

Burgess, E. E., Turan, B., Lokken, K. L., Morse, A., & Boggiano, M. M. (2014). *Profiling motives behind hedonic eating. Preliminary validation of the Palatable Eating Motives Scale.* Appetite, 72, 66–72. https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.09.016

Calero-Elvira, A., Krug, I., Davis, K., López, C., Fernández-Aranda, F., & Treasure, J. (2009). *Meta-analysis on drugs in people with eating disorders*. European Eating Disorders Review, 17(4), 243–259. https://doi.org/10.1002/erv.936

Carral Fernández, L. (2016). *Sesgos cognitivos en los trastornos de la conducta alimentaria : un estudio de casos y controles.* Universidad de Cantabria.

Christo, G., Jones, S. L., Haylett, S., Stephenson, G. M., Lefever, R. M. H., & Lefever, R. (2003). *The Shorter PROMIS Questionnaire: Further validation of a tool for simultaneous assessment of multiple addictive behaviours.* Addictive Behaviors, 28(2), 225–248. https://doi.org/10.1016/S0306-4603(01)00231-3

Dalton, M., Finlayson, G., Hill, A., & Blundell, J. (2015). *Preliminary validation and principal components analysis of the Control of Eating Questionnaire (CoEQ) for the experience of food craving.* European Journal of Clinical Nutrition, 69(12), 1313–1317. https://doi.org/10.1038/ejcn.2015.57

Del Pino-Gutiérrez, A., Jiménez-Murcia, S., Fernández-Aranda, F., Agüera, Z., Granero, R., Hakansson, A., Fagundo, A. B., Bolao, F., Valdepérez, A., Mestre-Bach, G., Steward, T., Penelo, E., Moragas, L., Aymamí, N., Gómez-Peña, M., Rigol-Cuadras, A., Martín-Romera, V., & Menchón, J. M. (2017). *The relevance of personality traits in impulsivity-related disorders: From substance use disorders and gambling disorder to bulimia nervosa.* Journal of Behavioral Addictions, 6(3),396–405. https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.051

Espina Eizaguirre, A., Ortego Sáenz de Cabezón, M. A., Ochoa de Alda Martínez de Apellaniz, I., & Alemán Méndez, A. (2001). *Alexitimia, familia y trastornos alimentarios.* Anales de Psicología, 17(1), 139–149.

Flores-Fresco, M. J., Blanco-Gandía, M. del C., & Rodríguez-Arias, M. (2018). *Alteraciones de la Conducta Alimentaria en Pacientes con Trastorno por Abuso de Sustancias.* Clínica y Salud, 29(3), 125–132.

Fox, J. R. E., & Froom, K. (2009). *Eating disorders: A basic emotion perspective.* Clinical Psychology and Psychotherapy, 16(4), 328–335. https://doi.org/10.1002/cpp.622

Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., & Brownell, K. D. (2009). *Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale*. Appetite, 52(2), 430–436. https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.12.003

Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., & Brownell, K. D. (2016). *Development of the Yale Food Addiction Scale Version 2.0.* Psychology of Addictive Behaviors, 30(1), 113–121. https://doi.org/10.1037/adb0000136

Godier, L. R., & Park, R. J. (2015a). *A novel measure of compulsive food restriction in anorexia nervosa: Validation of the Self-Starvation Scale (SS).* Eating Behaviors, 17, 10–13. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.12.004

Godier, L. R., & Park, R. J. (2015b). *Does compulsive behavior in Anorexia Nervosa resemble an addiction? A qualitative investigation.* Frontiers in Psychology, 20(6), 1–12. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01608

Goodman, A. (1990). *Addiction: definition and implications.* British Journal of Addiction, 85(11), 1403–1408. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x

Gordon, E. L., Ariel-Donges, A. H., Bauman, V., & Merlo, L. J. (2018). What is the evidence for "food addiction?" A systematic review. Nutrients, 10(477), 1–30. https://doi.org/10.3390/nu10040477

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria. (2009). *Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria (Plan de Ca).*

Hebebranda, J., Albayraka, Ö., Adanb, R., Antel, J., Dieguezc, C., De Jongb, J., Lenge, G., Menziese, J., Mercer, J. G., Murphy, M., Van der Plasse, G., & Dickson, S. L. (2014). *"Eating addiction", rather than "food addiction", better captures addictive-like eating behavior.* Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 47, 295–306. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.08.016

Hilker, I. (2016). *Adicción a la comida en los trastornos de la conducta alimentaria: Correlatos clínicos y asociación con respuesta al tratamiento.* Universidad de Barcelona.

Koob, G. F., Arends, M. A., & Le Moal, M. (2014). *Drugs, addiction and the brain* (Academic Press (ed.)).

Krahn, D. D., Kurth, C. L., Gomberg, E., & Drewnowski, A. (2005). P*athological dieting and alcohol use in college women - A continuum of behaviors*. Eating Behaviors, 6, 43–52. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2004.08.004

Lilenfeld, L. R. (2004). *Psychiatric comorbidity associated with anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder.* In T. D. Brewerton (Ed.), Clinical Handbook of Eating Disorders: An Integrated Approach (Taylor and, pp. 183–207).

Lowe, M. R., Butryn, M. L., Didie, E. R., Annunziato, R. A., Thomas, J. G., Crerand, C. E., Ochner, C. N., Coletta, M. C., Bellace, D., Wallaert, M., & Halford, J. (2009). *The Power of Food Scale. A new measure of the psychological influence of the food environment.* Appetite, 53(1), 114–118. https://doi.org/10.1016/j.appet.2009.05.016

Marsh, R., Steinglass, J. E., Gerber, A. J., O'Leary, K. G., Wang, Z., Murphy, D., Walsh, B. T., & Peterson, B. S. (2009). *Deficient activity in the neural systems that mediate self-regulatory control in bulimia nervosa.* Archives of General Psychiatry, 66(1), 51–63. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2008.504

Merlo, L. J., Stone, A. M., & Gold, M. S. (2009). C*o-occurring addiction and eating disorders.* In Wolters Kluwer (Ed.), Principles of Addiction (4th ed., pp. 1263–1274).

Meule, A., & Gearhardt, A. N. (2014). *Food addiction in the light of DSM-5.* Nutrients, 6(9), 3653–3671. https://doi.org/10.3390/nu6093653

Montague, P. R., Hyman, S. E., & Cohen, J. D. (2004). *Computational roles for dopamine in behavioural control.* Nature Publishing Group, 431, 760–767.

Nordbø, R. H. S., Espeset, E. M. S., Gulliksen, K. S., Skårderud, F., Geller, J., & Holte, A. (2012). *Reluctance to recover in anorexia nervosa.* European Eating Disorders Review, 20(1), 60–67. https://doi.org/10.1002/erv.1097

Olsen, C. M. (2011). *Natural rewards, neuroplasticity, and non-drug addictions.* Neuropharmacology, 61(7), 1109–1122. https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2011.03.010

Piran, N., & Robinson, S. R. (2006). *Associations between disordered eating behaviors and licit and illicit substance use and abuse in a university sample.* Addictive Behaviors, 31(10), 1761–1775. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.12.021

Potenza, M. N. (2006). *Should addictive disorders include non-substance-related conditions?* Addiction, 101(SUPPL. 1), 142–151. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01591.x

Randolph, T. G. (1956). *The descriptive features of food addiction.* Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 17(2), 198–224.

Reas, D. L., Pedersen, G., & Rø, Ø. (2016). *Impulsivity-related traits distinguish women with co-occurring bulimia nervosa in a psychiatric sample.* International Journal of Eating Disorders. https://doi.org/10.1002/eat.22606

Robbins, T., Curran, H., & De Wit, H. (2012). *Special issue on impulsivity and compulsivity.* Psychopharmacology, 219, 251–252. https://doi.org/10.1007/s00213-011-2584-x

Rojas-jara, C., Polanco-carrasco, R., Retamal, K., Rivano, N., Montenegro, C., & Morales, C. (2020). *Adicción a La Comida : Una Revisión Sobre El Concepto , Sus Características Y Medición.* Cuadernos de Neuropsicología, 14(1), 142–151. https://doi.org/10.7714/CNPS/14.1.214

Rojo-Moreno, L., Arribas, P., Gimeno-Clemente, N., Vázquez-Velázquez, V., Pérez-Martínez, C., Vila, M., Chaves, E., Llinares, M., Piera, G., Bertó, C., Rojo-Bofil, L., Garcia-Moncho, J., Tobella-Llerena, H., Beato-Fernandez, L., Vaz-Leal, F., Conesa, L., & Livianos-Aldana, L. (2014). *Adicción a la restricción en trastornos alimentarios . Desarrollo del Cuestionario Valencia de Adicción a la Restricción (CVAR) y estudio caso-control Addiction to restriction in eating disorders .* Revista de Patología Dual, 1(1), 1–9.

Rojo, L. M. (2019). *Adicción a comportamientos alimentarios en a anorexia nerviosa.* Universitat de Valencia.

Root, T. L., Pinheiro, A. P., Thornton, L., Strober, M., Fernandez-Aranda, F., Brandt, H., Crawford, S., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Johnson, C., Kaplan, A. S., Klump, K. L., La Via, M., Mitchell, J., Woodside, D. B., Rotondo, A., Berrettini, W. H., Kaye, W. H., & Bulik, C. M. (2010). *Substance use disorders in women with anorexia nervosa.* International Journal of Eating Disorders, 43(1), 14–21. https://doi.org/10.1002/eat.20670

Rosińska, M., González, M. G., Touriño, A. G., & Mora Giral, M. S. (2020). *Comparing the Personality Traits of Patients with an Eating Disorder versus a Dual Diagnosis.* Journal of Dual Diagnosis. https://doi.org/10.1080/15504263.2020.1782552

Scheurink, A. J. W., Boersma, G. J., Nergårdh, R., & Södersten, P. (2010). *Neurobiology of hyperactivity and reward: Agreeable restlessness in Anorexia Nervosa.* Physiology and Behavior, 100(5), 490–495. https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2010.03.016

Speranza, M., Revah-Levy, A., Giquel, L., Loas, G., Venisse, J.-L., Jeammet, P., & Corcos, M. (2012). *An investigation of Goodman's addictive disorder criteria in eating disorders.* European Eating Disorders Review, 20(3), 182–189. https://doi.org/10.1002/erv.1140

Welch, S. L., & Fairburn, C. G. (1996). *Impulsivity or comorbidity in bulimia nervosa a controlled study of deliberate self-harm and alcohol and drug misuse in a community sample.* British Journal of Psychiatry, 169, 451–458.

ESTUDIO DIANOVA SOBRE LA REGULACIÓN Y LEGALIZACIÓN DEL USO TERAPÉUTICO Y RECREATIVO, LA ADICCIÓN Y EL RIESGO SOCIOSANITARIO DEL CANNABIS.

DIANOVA RESEARCH ABOUT THE REGULATION AND LEGALIZATION OF THERAPEUTIC AND RECREATIONAL CANNABIS USE. ADICTION AND SOCIAL AND HEALTH RISK OF CANNABIS.

Antonio Jesús Molina Fernández

Psicólogo general sanitario y antropólogo social. Profesor en el Departamento de Psicología Social, del Trabajo y Diferencial de la Universidad Complutense de Madrid.

Paula Medrano Chapinal

Psicóloga. Graduada en el Máster en Psicología Social y el Grado en Ciencias Políticas y de la Administración por la Universidad Complutense de Madrid.

Pol Comellas Sáenz

Licenciado en psicología por la universidad de Barcelona y máster en psicología social por la Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN

El debate internacional sobre la legalización de los diferentes usos de cannabis (fundamentalmente, el uso médico y el uso recreativo) se encuentra en un momento crucial, debido a los cambios en las leyes de Uruguay, varios estados de los Estados Unidos de América y Canadá, que son un desafío a las convenciones internacionales. El objetivo del presente estudio es clarificar la idoneidad de ese debate, sus bases científicas, legales y políticas, así como las principales consecuencias tanto para la población general como para los principales grupos de riesgo. El estudio se ha realizado mediante una revisión bibliográfica de fuentes secundarias y una serie de entrevistas (18) a informantes clave, seleccionados entre personas expertas a nivel internacional. Las principales consecuencias encontradas son: el uso terapéutico puede ser legalizado, utilizando evidencia científica para demostrar su eficacia y con control médico; el uso recreativo requiere de un debate global, teniendo en consideración las condiciones de su regulación, como la edad de acceso, las cantidades, estudios previos de los sujetos y estrategias de prevención y promoción de salud; la participación de empresas comerciales y la publicidad de los productos deben estar restringidas y bajo control estatal; finalmente, se deben aplicar medidas de control de calidad para evitar problemas y consecuencias imprevistas y evitar que los productos sean más accesibles desde el mercado ilegal.

CONCEPTOS CLAVE

Regulación de cannabis, legalización de cannabis, uso médico y terapéutico, uso recreativo, investigación cualitativa, evidencia científica, salud pública, convenciones internacionales.

ABSTRACT

The international debate on legalizing the different uses of cannabis (chiefly, medical use and recreational use) has reached a crucial moment. Changes to laws in Uruguay, several states in the United States of America and Canada are challenging international conventions. The objective of this study is to clarify key issues in this debate, its scientific, legal and political bases, and its main consequences for both the general population and the main risk groups. The study was conducted through a bibliographic review of secondary sources and a series of interviews (18) with key informants, selected among prominent international experts. The main consequences found are as follows: therapeutic use can be legalised, provided that its effectiveness is based on evidence, and that it is administered under medical control; recreational use requires a global debate, taking into account the conditions of its regulation, such as the age of access, quantities, previous studies on these issues and prevention and health promotion strategies; the participation of commercial companies and the advertising of the products should be restricted and under state control; lastly, quality control measures should be enforced to avoid unintended consequences and other problems and prevent the products from being even more accessible on the illegal market.

KEY CONCEPTS

Regulation of cannabis, legalization of cannabis, therapeutic and medical use, recreational use, qualitative research, scientific-based evidence, public health, international conventions.

INTRODUCCIÓN

El debate sobre la legalización del cannabis y sus diferentes usos se ha convertido en un recurrente especialmente desde la década de los 80, cuando comienzan los primeros referentes claros y oficiales sobre la necesidad de regularizar el uso de los derivados del Tetrahidrocannabinol/THC (y actualmente, también del cannabidiol/CBD o "cannabis light"). Desde ese momento inicial se han diferenciado varios usos de cannabis, a pesar de que en muchos de los debates se han mezclado los intereses de los diferentes grupos, justificando sus posturas en función del uso que se pretendía legitimar. Por una parte, se encuentra el uso terapéutico/farmacológico/médico, especialmente aprovechando las propiedades del cannabis y sus derivados como analgésico y antiemético. Por otra parte, el movimiento más intenso se ha producido en la legalización del uso recreativo del cannabis, potenciando un consumo controlado y señalando la escasa potencialidad adictiva y baja peligrosidad del uso que generalmente se da al THC. Estas posturas se han reforzado, especialmente durante el siglo XXI, generando un corpus de investigación que permitía la defensa de dichas posturas. De hecho, es frecuente apelar a estudios e investigaciones para justificar la peligrosidad o inocuidad del consumo de cannabis.

El debate ha ido evolucionando hasta llegar al momento actual, en el que las posiciones basadas en los derechos y libertades individuales permiten hablar abiertamente de legalización y/o regulación de los diferentes usos de cannabis. Experiencias internacionales como la regulación del uso recreativo en Países Bajos, Uruguay, Canadá, los estados de Alaska, Oregón, Washington, Colorado y California en Estados Unidos, sumados a la creciente discusión existente en los foros internacionales (como *United Nations Office of Drugs and Crime* y la Organización Mundial de la Salud) hacen que parezca necesario desarrollar un análisis más profundo de los pros y contras de estas posturas antes de decantarse por una opción sobre la legalización del uso de cannabis.

Debemos clarificar un punto del debate que resulta muy controvertido: legalización y/o regulación (Rolles & Murkin, 2016). En España, por ejemplo, nos encontramos con un mercado normalizado alrededor del cannabis y derivados, con cientos de miles de personas que lo utilizan, ya sea de manera lúdica y/o médica. El problema es que estos usos están normalizados y despenalizados, pero no regulados. De hecho, el uso medicinal está prohibido, a pesar de haberse documentado unos 120.000 pacientes con esclerosis múltiple, epilepsia, cáncer o dolor crónico que se lo autoadministran (European Monitoring Center of Drug Dependance and Addiction, 2017).

Sobre la regulación de los usos recreativo y médico, como ha sucedido en Canadá, Estados Unidos, Uruguay o como se está legislando para que suceda en Nueva Zelanda, Portugal (Baptista-Leite, 2018), Alemania o Italia, tampoco se libran las acusaciones de mercantilización y búsqueda de negocio global por parte de algunas empresas cuyos fines no son exclusivamente mejorar la calidad de vida de las personas que consumen cannabis, sino la posible industria legal que puede generar unos 50.000 millones de euros en todo el mundo (Riboulet-Zemouli, Anderfuhren-Biget, Díaz Velásquez & Krawitz, 2019). Por estos motivos, surge la necesidad de realizar un análisis completo de las diferentes perspectivas para poder elaborar un posicionamiento claro sobre las ventajas e inconvenientes de la regulación/legalización de los diferentes usos, así como de los supuestos para llevar a cabo dicha regulación y sus consecuencias a nivel local, nacional e internacional (Rolles & Murkin, 2016).

El objetivo del presente estudio es desarrollar una propuesta de posicionamiento para favorecer un consenso de la red Dianova acerca de la regulación y/o legalización del cannabis terapéutico y recreativo. Especialmente, se quiere analizar con detalle el uso problemático del cannabis, desde los enfoques epidemiológico, terapéutico, social, lúdico y de elaboración de políticas (Hall & Linksey, 2009). Es decir, se pretende definir con claridad una postura sobre la regulación de los usos médico/terapéutico del cannabis y del uso recreativo, así como la respuesta desde la prevención, la intervención y la educación para la salud ante esta regulación del cannabis.

MÉTODO

Tipo de análisis

Se ha utilizado una metodología cualitativa de investigación. Los instrumentos utilizados para el análisis cualitativo han sido entrevistas, grupos de discusión y panel de expertas como fuentes primarias y una revisión de artículos, informes y estudios diversos como fuentes secundarias. Como estrategia de trabajo, se propone una estrategia tradicional de Método participativo:

1. Identificación de partes interesadas.
2. Organización con ellas de grupo de trabajo.
3. Delimitación de preguntas y temas de la evaluación.
4. Toma de decisiones sobre diseño, métodos y medición.
5. Recogida de la información/datos.
6. Análisis de datos.
7. El grupo de trabajo organizado se implica en el análisis.
8. Decisión sobre cómo utilizar y aplicar los hallazgos.

Para realizar el estudio se ha utilizado una metodología cualitativa, con un enfoque de Investigación-Accion (Creswell, 2014). Los instrumentos empleados para el análisis fueron entrevistas semiestructuradas, grupos de discusión y paneles de expertas (Flick, 2014). Se ha considerado que la mejor manera de lograr el objetivo de esta investigación es a través de entrevistas a personas expertas sobre los diferentes ámbitos de la regulación del cannabis, para posteriormente cotejar dicha información con las personas expertas de los grupos. De esta forma, desde la intersubjetividad

de las distintas personas entrevistadas, se extraen cuáles son las diferentes consecuencias psicosociales que se pueden dar (Creswell, 2014). Como estrategia de trabajo, se propuso una investigación de método participativo (Tiburcio & Kressel, 2011).

Durante el procedimiento de recogida de los hallazgos se hizo uso del reporte Consolidated criteria for Reporting Qualitative research -COREQ- (Tong, Sainsbury & Craig, 2007). El estudio recibió la aprobación de la Comisión Deontológica de Investigación de la UCM con número de referencia Pr_2019_20_046. Para concretar el objeto de estudio se utilizó la Teoría Fundamentada (Jones Manzelli, y Pecheny, 2004). Dentro de esta estrategia, se realizó un diseño deductivo-inductivo sobre el que se realizó un esquema de Temas-Subtemas por parte del equipo investigador para, posteriormente realizar un proceso de identificación de las Categorías subyacentes en el discurso de los participantes (EURAD, 2012). Los temas del análisis fueron:

- Antecedentes históricos y referentes del debate.
- Problemas relacionados con los diferentes usos del cannabis (directos e indirectos).
- Regulación/Legalización a nivel local/nacional/internacional.
- Fiscalización y marcos legales (nacionales e internacionales).
- Influencia del debate en foros internacionales.
- Evolución del debate.
- Grupos vulnerables.
- Respuestas sociosanitarias (prevención e intervención).
- Estado de la investigación sobre el cannabis y sus efectos/derivados.
- Características psicosociales de los usuarios (cultura, género, religión, etc.)

Técnicas seleccionadas

Para recopilar la información inicial, se realizó una **revisión bibliográfica** de informes e investigaciones actuales sobre los diferentes usos de cannabis. Dicha revisión se realizó utilizando las categorías anteriormente seleccionadas, utilizando diferentes bases de datos (Google Academics, Medline, Pubmed) y las publicaciones destacadas por los foros internacionales de referencia (UNODC, EMCDDA, National Institute on Drug Abuse). Finalmente, se seleccionaron 20 publicaciones entre 2015-2019, las cuales constan como referentes en las diferentes posiciones del debate.

Tras la revisión, se realizaron una serie de entrevistas semiestructuradas. Se eligió esta técnica ya que, en ellas, el equipo investigador antes de la entrevista prepara un guion temático sobre lo que quiere que se hable con las personas informantes y las preguntas que se realizan son abiertas, por lo que la persona informante puede expresar sus opiniones, matizar sus respuestas, e incluso desviarse del guión inicial pensado por la

persona investigadora cuando se atisban temas emergentes que es preciso explorar (Creswell, 2014).

Las entrevistas se realizaron a personas relevantes sobre el tema, consideradas todas ellas como informantes clave a nivel internacional. Las condiciones de elección de las personas informantes fueron: relevancia en la red nacional e internacional; en activo a nivel local, nacional e internacional; conocimientos contrastados sobre el aspecto a analizar (cannabis); y con largo recorrido en la evolución del problema. Se realizaron 18 entrevistas a personas relevantes en el ámbito de la elaboración de políticas, la prevención/intervención en conductas adictivas y la investigación/estudios académicos sobre el tema. Se seleccionaron informantes de diferentes países, realizando las entrevistas por videoconferencia y grabando la información en ella recogida. Dichas entrevistas se han realizado en inglés, español e italiano. Para no perder información y facilitar el análisis posterior, todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas literalmente. La técnica de la transcripción literal permite reproducir por escrito palabras inacabadas, palabras repetidas, errores de pronunciación, todo exactamente como fue verbalizado por el participante (Flick, 2014).

Tras el análisis de las entrevistas, se procedió a realizar un **Grupo de discusión** (Wilkinson, 2004). La selección y reclutamiento de las personas participantes en dicho grupo se realizó partiendo de una lista elaborada con personas que cumplan condiciones similares a los entrevistados, seleccionadas dentro de la Red Dianova para que los resultados sean lo más aplicables y adaptados posible. Tras el reclutamiento, se proporcionó a las participantes una información básica de la temática del grupo, presentada de forma atractiva para que sientan interés. También fue necesario hacer un seguimiento, mediante correo electrónico, confirmación por escrito, contacto telefónico, etc. Es evidente que la selección debía basarse en unos criterios, por lo que el equipo investigador tuvo que:

- Definir la población objetivo.
- Definir la segmentación de la población.
- Identificar la composición apropiada a cada grupo.
- Desarrollar criterios para elegir o excluir a los participantes.
- Desarrollar cuestionarios de reclutamiento y guiones de invitación.
- Realizar los contactos iniciales de reclutamiento con los potenciales participantes.
- Determinar los procedimientos de seguimiento que aseguren la asistencia.

Por niveles, las personas participantes debían ser representativas de los siguientes colectivos:

- Ámbito sanitario terapéutico (aplicaciones del cannabis como fármaco).
- Aspectos sanitarios tratamiento (intervención por problemas de uso de cannabis).

- Ámbito investigador/docente.
- Intervención directa.
- Aspectos legales.
- Beneficiarios de programas.
- Elaboradores de políticas.

Tras el grupo de discusión, se ha realizado un panel de expertas (Creswell, 2014), para contrastar la validez de las conclusiones y propuestas. Las condiciones de elección de los/as informantes han sido:

- Relevancia en la red nacional e internacional.
- Conocimientos contrastados sobre la regulación del cannabis desde diferentes perspectivas (investigación, prevención e intervención, elaboración de políticas y convenios internacionales; y papel de la sociedad civil).
- Con largo recorrido en la evolución del problema.

RESULTADOS

A continuación, se presentan las principales conclusiones por categorías de análisis, acompañadas de diversos verbatim, correspondientes a frases textuales de los participantes.

Antecedentes históricos y referentes del debate

El debate sobre la despenalización del uso de cannabis y la injusticia que suponen las penas impuestas por su uso particular se inició a finales de la década de 1960 en Gran Bretaña, para posteriormente continuar en Canadá, Países Bajos y los Estados Unidos de América en la década de los 70 y durante los 80 en Australia. Este debate arranca como respuesta ante la detención e ingreso en prisión de jóvenes consumidores cuyo único delito es consumir cannabis, especialmente jóvenes de clase media. Los primeros referentes en este debate argumentaban que eran peores las consecuencias penales y jurídicas que cualquier problema que pudiera estar relacionado con el consumo de cannabis. A partir de ahí, se eliminaron los cargos por posesión y consumo propio de los países citados anteriormente, aunque no se autorizó el consumo de cannabis de manera abierta, salvo en los Países Bajos. Este debate generó un efecto de polarización entre las políticas "blandas sobre las drogas" y las políticas "duras sobre las drogas"; de hecho, estas últimas fueron dominantes durante los años posteriores y se produjo la denominada "Guerra contra la droga", en la cual el cannabis está incluido como las otras sustancias psicoactivas (Hall& Linksey, 2009).

"El debate no es reciente, lo que ha surgido en los últimos años ha sido un nuevo enfoque, más creativo, más medicinal, más terapéutico. En los últimos tiempos el debate en torno al cannabis ha ganado mucha fuerza y se ha creado algún consenso sobre su uso medicinal y el uso recreativo se ha visto impulsado por esta evidencia de su uso medicinal".

"Podemos decir que el debate en torno al cannabis ha surgido en Europa entre los años 60 y los años 70. En Italia el debate se inició en la década de los 70, cuando un diputado del partido Radical, Marco Panella, comenzó a plantear la defensa de los consumidores de marihuana, llegando a mostrarse él en público fumando un "spinello" (porro)".

"Con los objetivos del debate hay que enfocarlos también en positivo: hay personas con buenas voluntades que quieren regular el producto que se consume. Luego está el tema médico, que ha potenciado muchísimo el debate pero que presenta unos resultados, sobre todo económicos, muy modestos. Y por último está todo el tema del producto natural, que facilita su uso. Si estuviéramos hablando de una sustancia sintética con los mismos efectos, seríamos más reticentes".

"El debate sobre el cannabis, creo yo que es posible encontrar evidencias para los dos lados. Hay quien va a decir que tiene todas las propiedades del mundo y que cura todas las enfermedades y hay quien va a decir que tiene todos los daños asociados y que tiene todos los riesgos asociados de la droga. Yo prefiero basarme en la recomendación que ha hecho la OMS, que, en un debate histórico, porque ha sido histórico, ha recomendado el revisar la clasificación del cannabis dentro de la droga e incluir sus usos terapéuticos, aceptando que tiene una serie de riesgos para la salud, pero recomendando el que está en una lista de sustancias no tan peligrosas".

Problemas relacionados con los diferentes usos del cannabis (directos e indirectos)

Los/as informantes han identificado un número considerable de consecuencias derivadas del consumo de cannabis, especialmente en los campos psicosocial y de la salud mental. Los problemas mencionados en mayor cantidad han sido las alteraciones psiquiátricas, especialmente en trastornos psicóticos y alteraciones afectivas, pero también en alteraciones cognitivas, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad, déficit de atención por hiperactividad y trastornos del estado de ánimo.

También se produce pérdida de memoria inmediata, alteraciones del equilibrio, de la orientación espacial, dificultades para realizar tareas de coordinación motora, y dificultades para andar. Diversas investigaciones, al estudiar los patrones de consumo de las/os adolescentes, señalan que hay una relación directa entre el consumo de cannabis y la incidencia posterior de trastornos psicóticos, con un aumento del riesgo relacionado con la dosis de THC, la frecuencia de consumo y el inicio precoz. Eso sí, en la mayoría de los estudios hay discrepancia en las prevalencias, suelen estar condicionadas por el uso de otras drogas, no se puede discriminar si el cannabis actuó como causa o como catalizador de los síntomas y las muestras suelen ser de personas que han presentado alteraciones relacionadas, no estudios epidemiológicos de población general.

Se pueden encontrar estudios que reflejan problemas cardiovasculares y síntomas gastrointestinales producidos por el cannabis (Hall, 2014). El primer efecto fruto del consumo es el aumento de la frecuencia cardíaca, en la mayoría de los casos de una a 3 horas después de su uso,

lo que produce mayor riesgo de miocardiopatías en personas predispuestas.

La alteración a nivel cognitivo que produce el consumo de cannabis está relacionada también con el riesgo de sufrir accidentes, tanto de tráfico como laborales. Ese riesgo existe y se ha cuantificado como menor en comparación con el producido por el consumo de alcohol. Dichos estudios constatan que una parte de las/os consumidores adolescentes sufren efectos adversos en sus trayectorias vitales, como el fracaso escolar.

"Los estudios epidemiológicos han demostrado una asociación modesta entre los marcadores del consumo reciente de cannabis y el riesgo de sufrir un accidente, que es menor que el aumento del alcohol".

Uno de los aspectos que más controversia genera este debate es si el cannabis produce dependencia. La evidencia científica indica que un porcentaje reducido de consumidores, fundamentalmente aquellos que se convierten en consumidores regulares con un uso en *binge*, pueden presentar adicción al cannabis (Budney, Sofis, & Borodovsky, 2019). En Australia, Canadá, Estados Unidos y la Unión Europea los consumidores problemáticos de cannabis conforman uno de los grupos mayoritarios la atención en los centros de tratamiento de adicciones, por detrás de los consumidores del alcohol y tabaco (Hall, 2015). En la década de los 90 se suponía que el cannabis afectaba un porcentaje del 1-2% de los adultos que habían consumido durante el último año, y a un 4-8% de adultos que lo habían consumido a lo largo de su vida. Según diversos estudios, sólo el 9% de los que han usado cannabis alguna vez desarrollan dependencia, comparado con el 32% de la nicotina, 23% de la heroína, 17% de la cocaína y el 15% del alcohol (Hall, 2014). Ese riesgo se multiplica hoy día, debido a la presencia de productos derivados del cannabis cuyo potencial tóxico y adictivo no están esclarecidos aún. Estos estudios presentan un problema evidente, y es la imposibilidad de discriminar las consecuencias de los diferentes usos de sustancias. Difícilmente encontramos una persona en estas investigaciones que haya consumido una sola sustancia, con lo que se cruzan y correlacionan multitud de causas y efectos.

El uso regular de cannabis recreacional aumenta el riesgo de accidentes de tráfico, como sabemos por los datos de Colorado y Delaware (Hall & Lynskey, 2015). El uso de cannabis durante el embarazo también se ha relacionado con riesgos obstétricos. Hay evidencias de que el uso continuado en adolescentes aumenta el número de problemas psicosociales, especialmente el abandono escolar y los problemas entre pares.

"Los adolescentes con un consumo temprano y frecuente de cannabis, y lo mismo en la edad adulta joven, tienen más probabilidades de: mostrar deterioro cognitivo; sufrir abandono escolar; hacer uso de otras drogas ilícitas; desarrollar esquizofrenia y trastornos afectivos; y tener pensamientos suicidas".

"El problema es que hoy en día el cannabis es muy diferente de cómo era hace 15 o 20 años. El cannabis actual es más tóxico y costoso para los jóvenes en desarrollo cerebral, así que hablamos de drogas muy diferentes y muy poderosas,

muy muy fuerte, mucho más fuertes que hace 20 años".

"Existe un posible riesgo neurodegenerativo para muchos jóvenes que consumen cannabis, no para todos, pero sí que encontramos este patrón. Claro, ninguno sabemos si somos vulnerables. Eso es un problema, que posiblemente pueda estar vinculado al consumo de estas nuevas plantas modificadas que tienen un poder alcaloide muchísimo mayor"

"Desde el punto de vista de los efectos en accidentes de trabajo y accidente de tráfico, no creo que el cannabis sea peor que el alcohol en aumentar la peligrosidad y los riesgos de tener un accidente. Pero si continúa su venta y si se realiza su compra a través de Internet, en el mercado negro, con alta proporción de THC, sí que se puede convertir en una sustancia muy peligrosa".

"Hay algunos peligros si no tenemos cuidado al hablar sobre la relación entre el cannabis y la psicosis; estos casos normalmente se asocian con altas dosis de cannabis y el uso de otros elementos químicos. Para los responsables políticos, es muy claro, el consumo debe limitarse a la edad de 21 años o más".

"Yo creo que estamos en un momento en el que tenemos tantos tipos de cannabis y con todos estos derivados del cannabis sintético, que empezamos a encontrarnos con efectos que, con el cannabis normal, cannabis convencional, no sucedían. Es muy importante antes de consumir la sustancia estar informado de la cantidad de THC y CBD".

Regulación/legalización a nivel local/nacional/internacional

La descriminalización del cannabis ha facilitado la reducción de los daños que suponen las consecuencias jurídico-legales (Eastwood, Fox & Rosmarin, 2016) pero no ha supuesto su desaparición de los mercados negros, lo que supone un problema para las políticas del cannabis (EURAD, 2012). La legalización obliga a los gobiernos a regular la potencia de los productos (como ha sucedido en Uruguay), controlar el uso de contaminantes/plaguicidas/pesticidas e imponer impuestos que hagan complejo el uso intensivo (Riboulet-Zemouli, Anderfuhren-Biget, Díaz Velásquez & Krawitz, 2019).

Sobre el uso médico del cannabis, existe un problema asociado a la escasa evidencia de muchas de las indicaciones que se ofrecen a los potenciales pacientes. No se trata de que no tenga dichas aplicaciones, sino que su eficacia frente a otros productos que ya se ofrecen no está suficientemente demostrada. Además, debido al elevado coste y escasa accesibilidad de los productos farmacéuticos derivados del cannabis, se suelen utilizar productos de baja calidad, con poder alcaloide no regulado y difícil de contrastar sus efectos y riesgos asociados, además de estar siendo utilizados con una mínima supervisión médica.

Hay que considerar dentro de este escenario la influencia de empresas comerciales que se muestran interesadas en la regulación del cannabis, mejor dicho, de la promoción de su uso regular. Frente a la voluntad de dichas empresas tienen que estar los gobiernos para regular y controlar este potencial mercado (Riboulet-Zemouli, Anderfuhren-Biget, Díaz Velásquez & Krawitz, 2019).

"Yo pienso que antes de plantear una legalización completa habría que presentar y desarrollar algún tipo de regulación, algún tipo de implementación regulada, poner en marcha un consumo más o menos controlado con una serie de normas predet con el tiempo revisar de qué manera se ha cumplido o si no se ha cumplido esa regulación que estaba prevista, antes de pasar a la legalización de la sustancia".

"Creo que tenemos que diferenciar entre despenalización y legalización. Muchas veces, estas cosas se están discutiendo juntas. Estamos hablando de despenalización, cuando estamos disminuyendo el número de sanciones relacionadas con el uso de drogas, y creo que está bien. Pero la legalización creo que es diferente, incluye la promoción y el marketing, lo que ahora estamos encontrando, y usted pregunta si el mercado negro no va a desaparecer, el mercado negro no va a desaparecer, y mis temores siguen aumentando".

"Cuando hablamos de la manera en la que se va a distribuir el cannabis, ¿por qué no nos paramos a pensar que el tabaco y el alcohol están prohibidos para menores de 18 años y a pesar de eso son sustancias completamente accesibles para ellos? Realmente, pretendemos limitar el cannabis de una manera que no estamos haciendo de facto con el tabaco y el alcohol".

"Además, hay una ventaja con la legalización: está el hecho de que hoy día la marihuana que se vende está modificada genéticamente, la que se vende en el mercado negro, la que se trafica, es muy potente desde el punto de vista químico y la que está vendiendo el Mercado que está ofreciendo el gobierno, el Estado, es una marihuana que no podrá estar manipulada, bastante controlado, bastante regulado, que se ha criticado inicialmente pero que se está viendo como una ventaja porque reduce mucho cierto tipo de riesgo, por ejemplo, riesgo de tipo psiquiátrico o riesgo por el tipo de producto, del tipo de enfermedad mental, de aparición de enfermedades mentales. Claro, al principio se pensaba que la gente no lo iba a comprar porque no le iba a pegar, pero luego se vio que era de buena calidad, que no tenía efectos secundarios, que no era perjudicial y se entendió que era más adecuado el consumir la semilla de una forma regulada".

"Creo que es muy importante a nivel internacional, en la discusión global compartir las lecciones aprendidas más en el marco de la evidencia y menos en el marco del Dogma".

"Como formuladores de políticas, es mejor recopilar datos y avanzar a pequeños pasos. Cuando observamos el impacto del cannabis en comparación con otras drogas legalizadas como el alcohol o el tabaco, está claro que el alcohol y el tabaco son aún más dañinos que el cannabis, y especialmente el alcohol es mucho más dañino que el cannabis".

"El problema que hay en nuestros países es que tú haces la ley, pero luego la ley no está bien basada y concienciada en la sociedad. ¿Qué es lo que pasa con los juegos de azar? Existe la ley y, a pesar de eso, menores de 18 años están jugando continuamente y está suponiendo un problema enorme. La ley está basada en una cuestión económica y eso es lo que hace que siga siendo rentable, a pesar de la cantidad de problemas sociales y sanitarios que está creando".

Fiscalización y marcos legales (nacionales e internacionales)

Las políticas y marcos legales del cannabis son diferentes en cada país (EURAD, 2012). Técnicamente, todos los países están sujetos a las convenciones internacionales, pero en la práctica muchos de ellos aplican las leyes en función de sus propios intereses. Muchos países de Asia y África (además de Rusia) continúan utilizando acciones criminales contra los consumidores (Eastwood, Fox & Rosmarin, 2016); muchos otros países han eliminado la acción criminal sobre los consumidores (Eastwood, Fox & Rosmarin, 2016), aunque puedan mantener otro tipo de sanciones, como las administrativas, por ejemplo (EURAD, 2012).

En este sentido, la influencia que supone la legalización del uso recreativo de cannabis en Canadá y diversos estados de Estados Unidos de América puede generar un impulso para hacer más difícil a los países más restrictivos mantener la sanción criminal al consumo, lo que podría generar un primer consenso internacional para la regulación del cannabis (Eastwood, Fox & Rosmarin, 2016).

Otro problema que habrá que resolver es la diferencia entre países productores, países de tránsito y países consumidores de cannabis, lo que puede basarse en enormes desequilibrios socioeconómicos y geopolíticos entre países. Una posible comercialización a escala internacional puede favorecer un exceso de producción, un acceso más sencillo al producto y un mayor riesgo de devolver el poder al mercado negro y los grupos organizados dedicados al control del negocio (Riboulet-Zemouli, Anderfuhren-Biget, Díaz Velásquez & Krawitz, 2019).

"Los países pueden ser productores, pueden ser transportistas y pueden ser usuarios de la misma manera. Si tiene dos países que han legalizado la marihuana y todavía están en las convenciones, entonces puede tener países con otros problemas y con otras ideas que también deben incluirse en las convenciones. Este es un problema cuando no respetas las convenciones internacionales, eso no solo afecta el tema de las drogas, sino que también afecta a todo tipo de problemas u otro tipo de problemas en todo el mundo".

"Al no ser una sustancia inocua, necesitamos tener controles (y no solo acceso) sobre la calidad, sobre el qué, cómo, cuándo y dónde, para poder recomendar su uso, tal y como se hace con el uso de otros fármacos. Eso es un tema bien complejo, en realidad yo te diría que como con todas las sustancias, es indispensable controlar todos los elementos de la cadena. Y para eso tiene mucha herramienta regulatoria desde los impuestos, desde los precios… Los controles de calidad me parece que son una de las herramientas justamente más necesarias para reducir los riesgos. Los

riesgos asociados a su consumo. Actualmente creo que no tenemos un control de qué es lo que se está vendiendo en el mercado negro y qué es lo que la gente consume De esta manera se podría tener, como sucede en Uruguay, como sucede en Canadá y como sucede con las medicinas, un rastreo de la producción hasta el producto final. De esa manera, si hubiera algún problema podría saberse. Actualmente no podemos controlar absolutamente nada. Hablaríamos de herramientas de control con los precios, con la calidad, con los puntos de venta con las personas que lo compran y con qué, cómo, cuándo y dónde fueron comprados esos productos. Y ya se podrían introducir todos los puntos que se quisieran: si vas a hacer para mayores de 18, si se hace para mayores de 21, si se van a vender en farmacias, si se van a vender en tiendas...".

"Otra lección importante es la transferencia de conocimiento y la importancia de contar con marcos de monitoreo. Esto es fundamental para los responsables políticos. Por lo tanto, uno de nuestros desafíos es el desarrollo de buenos sistemas de monitoreo que nos permitan analizar los datos que conozco sobre la intervención del mercado en términos de variables como salud y delincuencia ... diferentes indicadores. Entonces, creo que las métricas y los indicadores son muy importantes".

"Los puntos de venta representan otro problema. Nosotros, creemos que las personas deberían poder comprar, por lo que ya lo establecimos, pero puede comprarlo en farmacias comunes, entendiendo que este es un medicamento. En ese sentido, creo que necesita personal técnico para proporcionar servicios de salud pública, lo que lleva al problema de los precios, entendimos que en Colorado, donde los impuestos pudieron erradicar básicamente del mercado negro porque se vendían al mismo precio. Pero si aplica muchos impuestos, el mercado negro continúa floreciendo porque, en comparación con el precio del mercado negro, existe una necesidad de nuestro lado, en nuestra propuesta de utilizar los impuestos de manera positiva".

"Creo que un aspecto fundamental es todo lo que se tiene que contemplar en relación al marketing y la publicidad. Porque si lo descuidamos un poquito puede ocurrir como ha ocurrido con otras industrias, sobre todo con la industria tabaquera y con la industria alcoholera. Entonces tenemos que prestar mucha atención a cómo se proporciona la información, cómo se presenta el producto. Si se va a presentar de una forma atractiva, si se va a presentar como un insumo farmacéutico, tal y como se hace en Canadá y como se hace en Uruguay, como un producto neutro. Todas estas son herramientas regulatorias, como el caso de los precios, que tenga un precio interesante, que no sea un precio tan elevado que las personas prefieren quedarse en el mercado negro por tener un producto más barato que puede resultar más peligroso pero que no tenga un precio tan bajo que propicie el consumo y la entrada de nuevos consumidores".

"También sabemos hoy día, gracias a la experiencia de Holanda, donde se han realizado varios estudios, donde la venta y el consumo de cannabis están descriminalizados, pero limitado a 5 gramos por persona, y había la duda acerca de hasta qué punto se incrementa la accesibilidad del producto a otros

ciudadanos. Sabemos por estudios de Holanda que no aumenta el número de consumidores dentro de los ciudadanos, aunque tengan la posibilidad de comprar cannabis de forma regular en los coffee shops. Así que también deberíamos estudiar más esa idea del cannabis como puerta de acceso a otras sustancias".

Influencia del debate en foros internacionales

Técnicamente, los países que han legalizado el uso y su producción y venta, ya sea para uso recreativo o terapéutico, han quebrado las convenciones internacionales. En estos tratados se contemplan la prohibición del uso recreativo y también su uso y comercialización fuera del uso estrictamente médico que se haya permitido, así como la publicidad de dichos productos. Por tanto, la decisión de Canadá y Uruguay como estados soberanos de legalizar su uso supone un desafío a los tratados y permite a otros países desafiar a los mismos en este aspecto o en aquellos temas que les resulten beneficiosos. El problema es que estos tratados, para ser modificados, necesitan ser aprobados por la Comisión de Drogas (Commission on Narcotic Drugs/CND) de UNODC, lo que es altamente improbable debido a la negativa de la mayoría de los países que forman el CND para establecer cambios en los convenios. De hecho, el debate sobre el cannabis no estuvo presente en las sesiones especiales sobre drogas de la Asamblea General de Naciones en el año 2016. Esta quiebra de las convenciones puede suponer que otros desafíos al control internacional de drogas aparezcan, como pueda ser la producción legal y controlada de MDMA, LSD, mescalina y derivados de la psilobicina (Hall, 2017).

"Si la pregunta es cómo va a ser el modelo regulatorio mi respuesta es que creo que va a haber tantos modelos regulatorios como países se animen a regular, porque no creo que haya un modelo que pueda considerarse como el estándar que se pueda aplicar a todos los países. Cada país se tiene que regular atendiendo a unas necesidades muy específicas. Por ejemplo, en México yo te diría que no se puede regular pensando únicamente en el consumidor, porque el consumo en realidad es muy bajo, pero si tienes que regular pensando en todo lo que hay por detrás pensando en el tráfico, pensando en los productores, los agricultores en todas estas personas que han sido criminalizadas".

"Entonces, lo que creo que debe incluirse en el debate a nivel global, por ejemplo en la ONU, sobre el cannabis es si vamos a permitir esos diferentes niveles de descripción. Así que, si vamos a permitirlo, el nivel del país y el nivel organizacional se adaptarán a su situación socioeconómica, para relajar las políticas de cannabis por diferentes etapas por diferentes comunidades. Por ejemplo, la ley de Uruguay sobre la regulación del cannabis no es portátil ni transferible a Canadá. Creo que estas lecciones se pueden aprender y es importante en términos de diálogo global".

"Son muy diferentes los modelos regulatorios unos con otros, yo diría incluso que son divergentes unos con otros: el de Uruguay por ejemplo es muy estatista; sin embargo, el de Canadá le deja mucho más espacio a las regiones para que tomen sus decisiones sobre hasta qué hora van a estar

los puntos de venta abiertos, qué cantidad se puede distribuir, puede consumir una persona al mes... En el caso de Colorado, por ejemplo, en Estados Unidos, el modelo es muy diferente y sí se permite la publicidad de marihuana y se permiten los alimentos de marihuana, pero porque es un modelo mucho más recaudatorio. Aún con eso tienen ciertos controles para evitar el mayor riesgo para la salud pública. En Canadá y Uruguay las motivaciones eran otras. En realidad, si uno revisa las leyes ellos ponen el foco en Derechos Humanos, en Salud Pública, en libertades individuales, el derecho a la salud...".

"Cuando se dio la regulación en Uruguay, sí hubo en Viena en la Comisión de Estupefacientes de UNODC ciertas reacciones, hay un bloque de países fuertemente prohibicionista para decirlo en sus términos. Es un bloque muy fuerte, países de Asia, países de África, es un bloque cohesionado y un bloque muy, muy fuerte. Y cuando ocurrió lo de Uruguay mi percepción era que se veía como un caso aislado. Ya cuando se suma una economía del tamaño de Canadá, las cosas empiezan a cambiar. A nivel internacional, la balanza va a estar en Estados Unidos, porque la ley federal sigue manteniendo la prohibición del uso de cannabis y es una pregunta que se le ha hecho a los responsables: qué van a hacer, cuando ya 11 estados tienen alguna estrategia de regulación de uso de cannabis dentro del territorio americano. Cuando se sumen México y Nueva Zelanda, sí que esto pasará de un hecho aislado a una tendencia que comenzará a preocupar mucho más y la presión empezará a crecer. Aun así, yo no creo que vaya a haber una modificación de las convenciones en el corto y mediano plazo".

Evolución del debate

Actualmente existe una fuerte presión política para que la regulación del cannabis en Canadá y Estados Unidos sea similar a la del alcohol y el tabaco, como ejemplo para el resto del mundo (Rolles & Murkin, 2016). De hecho, ya hay estrategias similares en Luxemburgo, Países Bajos y Suiza. El ejemplo de Canadá y EE. UU. es el modelo de comercialización pretendido en el mundo occidental, mucho más económico (aunque con consideraciones a los derechos humanos y las libertades individuales), con mayor restricción de la publicidad en Canadá (Wallingford, Konefal & Young, 2019) y con el uso de impuestos como estrategia regulatoria en ambos casos. El ejemplo de Uruguay es muy diferente, con una participación de Estado muy activa, con una política de acceso mucho más restrictiva (así como de producción y de difusión) y un registro estatal de consumidores.

La legalización del uso de cannabis, desde esta perspectiva, respeta más los derechos humanos y las libertades individuales que la prohibición. Dicha legalización permite la implicación de empresas interesadas en la comercialización y distribución del producto, tal y como sucede con el tabaco y el alcohol. De hecho, el uso frecuente controlado es el objetivo de dichas empresas, como manera de garantizar el negocio y los beneficios (Riboulet-Zemouli, Anderfuhren-Biget, Díaz Velásquez & Krawitz, 2019). Es el mismo argumento que permite a las farmacéuticas buscar medicamentos famosos e irrefutables, que se conviertan en frecuentes para las personas. Por esto la enorme distribución de antidepresivos, medicamentos contra el colesterol, contra la hipertensión… de uso regular y a largo plazo, mucho más rentables para las industrias (Hall, 2017).

"Tendríamos que considerar el cannabis como un fármaco que estará y qué más cosas tomamos también sin necesidad. De esto es sobre lo que tendríamos que en el fondo educar a todos los niveles: para qué te vas a tomar una pastilla para dormir si no la necesitas, para qué te tienes que tomar un antidepresivo si no tienes depresión. Ahora algo, mejor lanzar este tema así que como un gran negocio a nivel de Industria Farmacéutica".

"Hay que reconocer los posibles beneficios y utilidades del cannabis y poner una barrera ahí, seguir el mismo esquema que con otros fármacos. Es que un uso terapéutico requiere los ensayos clínicos, aunque la potencia sea un poco natural: unos ensayos clínicos rigurosos y las condiciones adecuadas para poder garantizar qué, cómo, cuándo y cuánto se debe utilizar".

"Creo que la regulación en países que tienen diferentes niveles productivos va a resultar un mayor reto. El ejemplo ha estado con la legalización de la marihuana en California, lo que ha supuesto un descenso de la producción en México, que muchos pequeños productores de marihuana cultivaban para distribuir en los Estados Unidos y si se plantea la regulación en México, habrá que ver cómo se integran esos agricultores de Economía de pequeña escala dentro del sistema mexicano. Eso puede ser un desafío muy interesante en términos de que, si se hace bien, podría ser un ejemplo para todos y si se hace mal puede ser un ejemplo para decir "Ya lo hizo tal país y le salió mal".

"Las discusiones ahora se están volviendo más sofisticadas y los grupos de presión presentan algunos datos sobre los resultados que van más en una u otra perspectiva. Puedo ver que el debate avanza de esa manera. Por lo tanto, creo que el debate se está volviendo más amplio, más generalizado, aumentando las comparaciones con otras sustancias que actúan como nicotina o alcohol, pero al mismo tiempo el debate se convertirá más en un caso de negocios que en un caso de salud".

"En el debate sobre el cannabis, hay un elemento que no había mencionado anteriormente y es que ya hay una industria que está empujando fuerte, hay una industria que ve en el cannabis un negocio potencial y está empujando para que se convierta en un producto de mercado. No hablamos solo de industria para el uso medicinal, sino que también es la industria del uso recreativo, es muy importante y está esperando a que se produzca una apertura de ese mercado, porque también está empujando muy fuerte para que ese mercado se abra y que este debate se consolide".

Grupos vulnerables

De manera generalizada, se asume que las/os adolescentes son el mayor grupo de riesgo, por las propias características de la adolescencia, por el estatus de droga experimental del cannabis, por la accesibilidad, por la posible consecuencia en el cerebro adolescente en desarrollo y por las consecuencias psicosociales. Ese es el caso de las/os adolescentes con menor rendimiento escolar, los cuales suelen ser

uno de los grupos señalados por los estudios con mayor riesgo debido al consumo precoz e intensivo, además de por las consecuencias en su trayectoria vital, como pueden ser los problemas posteriores de integración en el mercado laboral (Stockings, Hall, Lynskey, Morley, Reavley, Strang, Patton & Degenhardt, 2016). François Legault, primer ministro de Quebec, ya ha propuesto modificar la Ley Canadiense, acabada de aprobar, exigiendo aumentar la mayoría de edad de los compradores a 21 años, y no a los 18 años actuales, porque la Asociación Médica Canadiense lo ha recomendado para evitar los daños en los cerebros de las/os adolescentes que se están formando.

Especialmente sensible es el caso de personas jóvenes con problemas mentales, como los que sufren de ansiedad, depresión y síntomas tempranos de psicosis. No sabemos si el cannabis puede ser la causa o si existe una automedicación con su uso por parte de estos pacientes, lo que sí sabemos por diferentes estudios es que su situación empeora por la combinación entre la enfermedad mental y el uso del cannabis (Casas, Bruguera, Roncero & San, 2007).

Durante el embarazo existe evidencia de que el consumo de cannabis produce alteraciones en el feto, además de reducir el peso del mismo. Además, tiene un efecto disruptor endocrino, con atrofia de testículo en varones y alteración del ciclo menstrual en mujeres. Ya en fetos, la exposición al THC (Tetrahidrocannabinol) antes del nacimiento genera alteraciones neurológicas, pudiendo producir trastornos en la memoria y el aprendizaje, así como cambios estructurales en el hipocampo (la zona cerebral de la memoria) (WHO, 2016).

Hay otros grupos de riesgo, como las personas mayores de 40 años consumidoras regulares que presentan alteraciones cardiovasculares, que sabemos presentan mayor riesgo de infarto de miocardio y anginas de pecho si fuman cannabis.

"Los jóvenes son el grupo más vulnerable, no solo por los problemas psiquiátricos, sino por el abandono de todo, incluso de estudios. El caso es que cuando hay más (cannabis), consumen y dice que les va bien para todo: para hacer un examen, para dormir… Y se lo creen".

"Estoy realmente preocupado por las consecuencias a largo plazo para los jóvenes, y lo que puede suceder si la marihuana se convierte en una industria como el tabaco".

"Adolescentes que están consumiendo marihuana, eso es lo que vemos fundamentalmente. Vemos que al final terminan dejando cosas, dejando la parte académica, descuidando la parte laboral y eso es lo que lo que más preocupa: su relación de la marihuana. Realmente no sabemos si la marihuana es la única causa de sus problemas o bien si es una manera para ellos de tratar con otros tipos de problemas que generaron dejar los estudios. Por cierto, es lo más preocupante los jóvenes".

"Las mujeres embarazadas y las mujeres en edad fértil que fuman cannabis pueden aumentar las posibilidades de tener un parto prematuro y tener bebés con bajo peso al nacer. Los adultos mayores, que tienen un mayor riesgo de enfermedad cardíaca en virtud de su edad, pueden aumentar sus riesgos de infartos de

miocardio y accidentes cerebrovasculares, si fuman cannabis".

Respuestas sociosanitarias (prevención e intervención)

En las respuestas sobre cómo se están desarrollando los programas de prevención y tratamiento para las personas que presentan consumos de riesgo, se reflejan una serie de problemáticas que hay que destacar:

Acerca de la prevención, se evidencia en líneas generales el fracaso de los enfoques preventivos actuales, especialmente la incapacidad de combatir los mensajes ambivalentes y confusos sobre la inocuidad y la capacidad "ecológica" del consumo de cannabis. Estos mensajes, sumados a la ausencia generalizada de estrategias preventivas eficaces basadas en el empoderamiento, la toma de decisiones, el manejo emocional de los conflictos y la capacidad de seleccionar los riesgos y afrontarlos/evitarlos, especialmente los vinculados a la socialización secundaria, se convierte en un problema de respuesta frente al consumo de cannabis. Además, en escasas ocasiones se cuenta con la participación del entorno cercano en los programas, especialmente del entorno familiar (Vázquez, Muñoz, Juárez & Ariza, 2018). De manera generalizada, los informantes han criticado y censurado gravemente los enfoques y programas preventivos, por ineficaces, anticuados, generadores de mensajes ambivalentes, en ocasiones por seguir utilizando el discurso del miedo y por no realizarse contando con la participación de los posibles beneficiarios de dichos programas.

"Es que lo que se hace llega tarde, hablan de todo, de trastornos de alimentación, de las drogas, no trabajan nada de hábitos de conducta o de aspectos emocionales, luego hacen charlas, va la policía a explicar las consecuencias legales (y lo hacen muy bien, ojo). Y eso no es prevención".

"Hay que ser muy cuidadosos con la prevención: una de las ventajas que tiene la ley es que impide la publicidad de la marihuana, porque, si de forma directa o indirecta estamos promocionando la sustancia, sabemos que al final hay un momento en el que va para aumentar el uso y se va a reducir la percepción de riesgo de la sustancia, y eso hay que intentar evitarlo. En la ley se promueve este hecho, se prohíbe el hecho de que se haga publicidad de la marihuana".

"Nuestros enfoques disponibles para prevenir el consumo de alcohol, cannabis y tabaco son moderadamente efectivos y los mejores programas rara vez se implementan bien. La prevención será aún más difícil después de la legalización del cannabis porque estaremos disuadiendo a los adolescentes de usar una droga que es legal para adultos. Tendremos que incluir cannabis en los programas para prevenir el consumo de alcohol y tabaco y, preferiblemente, utilizar programas que aborden múltiples factores de riesgo para el problema del consumo de alcohol, tabaco y cannabis. También necesitamos mejorar las respuestas de los padres al comportamiento de oposición y la impulsividad en la infancia".

"A mí, la duda que me queda siempre a la hora de plantear la legalización es el tema de la percepción del riesgo,

porque una percepción de riesgo menor puede aumentar el consumo, es algo obvio. Por eso, yo creo que en las políticas de prevención y promoción de salud hay que hacer mucho, mucho hincapié en ese tema, para que la gente no vea como algo inocuo sea, para que la gente sepa que, aunque se puede hacer, pero eso no significa que no pasa nada, sino que tengo las consecuencias. Hay que explicarlo y definir claramente y en los casos en los que incluso sería conveniente que la persona, aunque pueda hacerlo no lo haga, porque sus consecuencias pueden ser más severas".

"Hay que ver mucho más sobre los temas que se incluyen en este debate desde un enfoque de evidencia más que desde un enfoque de prejuicio. Creo además que ese enfoque nos ayudaría mucho para hacer campañas de prevención, porque me parece que muchas campañas de prevención se han quedado en ese enfoque de los 80. Esas campañas del estilo di no a las drogas y di No, simplemente".

Acerca del tratamiento, una de las mayores críticas es la similitud entre los programas ofertados a los consumidores problemáticos de cannabis y a los consumidores de otro tipo de drogas. Es cierto que las personas expertas en tratamiento hablan del uso de programas basados en evidencia científica, el Enfoque de Refuerzo Comunitario (CRA) y otros enfoques basados en el uso de la recompensa. A pesar de esto, la evidencia indica que los pacientes atendidos por consumo problemático de cannabis presentan un alto grado de incumplimiento, debido a la cantidad de creencias existentes sobre el cannabis, las expectativas de tratamiento, la tipología de tratamiento ofertado, el contacto con otros perfiles de consumidores de drogas, la edad de acceso a tratamiento, las diferencias en factores psicosociales y sociosanitarios con otros tipos de consumidores de drogas, los plazos de los tratamientos, el trabajo motivacional, la intensidad de los tratamientos (en estos pacientes parece que la oferta residencial, por intensiva que sea, no mejora el cumplimiento de objetivos) y otros factores mencionados en menor grado.

"Nuestros tratamientos psicológicos para la dependencia del cannabis son modestamente efectivos y similares en sus efectos a los tratamientos psicológicos de la dependencia del alcohol. Será necesario que el tratamiento sea más atractivo y efectivo después de la legalización para ayudar mejor a las personas que desarrollan dependencia después de la legalización del cannabis".

"Las personas que trabajamos en intervención tenemos la tendencia a ver la parte más problemática, porque lo que no nos encontramos es con personas que no presentan un uso problemático de cannabis y lo que sí nos encontramos es que, con personas que presentan usos problemáticos, en realidad presentan un problema de policonsumo. En muy pocas ocasiones nos encontramos con consumidores de cannabis problemático, de cannabis, exclusivamente consumo de cannabis. En nuestro caso el uso problemático de poli sustancias suele ser alcohol, derivado de cocaína y marihuana que suele estar presente. Por ejemplo, los consumidores de Paco de la pasta base de cocaína, que es muy habitual el consumo de aquí, es muy frecuente encontrarnos con que más consumen marihuana".

"No tenemos los tratamientos que necesitamos, y creo que es un gran problema porque necesitamos el tratamiento, necesitamos tratamientos y ahora tenemos más niños en tratamiento por el uso de marihuana que el resto de las drogas combinadas. Estoy preocupado por eso. Necesitamos estudiarlo más y, con seguridad, debemos prestar más atención al conocimiento".

Estado de la investigación sobre el cannabis y sus efectos/derivados

Existe una evidencia científica razonable en que los cannabinoides sintéticos son efectivos para tratar diversos síntomas en condiciones médicas concretas. Como síntomas, se han identificado las náuseas y el vómito (es un potente antiemético, lo que puede ser muy importante para evitar el abandono de la quimioterapia en muchos casos), las epilepsias sin tratamiento definido y el dolor crónico, como sucede en la esclerosis. Para otro tipo de problemas médicos, la evidencia es menor, su eficacia parece más reducida y debería ser administrada conjuntamente con otros tratamientos (EMCDDA, 2017).

Uno de los grandes problemas que se encuentra en la prescripción y acceso al cannabis farmacéutico es su elevado coste, además de las resistencias de muchos profesionales de la medicina a prescribirlos. Los defensores del uso terapéutico defienden que el uso se puede realizar con diferentes posologías y medios de presentación, pero siempre con un control médico que reduzca los riesgos y posibles efectos secundarios. Si no se facilita el uso médico, muchos de estos potenciales pacientes recurren al mercado ilícito para conseguir el cannabis para uso medicinal, lo que supone mantener un problema de acceso y control al uso de la sustancia.

"Se han documentado bastantes usos médicos del cannabis: en cáncer, para trastornos de alimentación, anorexia nerviosa, para epilepsia infantil o en aquellas en la que no se puede utilizar otro tipo de medicaciones, para síndrome de Tourette, para glaucoma, esclerosis... hay bastante documentación y bastante información sobre usos médicos del cannabis".

"El uso de cannabinoides aprobados bajo supervisión médica brinda la mejor oportunidad de uso médico apropiado y una desviación mínima al mercado ilícito. Los defensores de los pacientes a menudo critican este enfoque por restringir el acceso porque la profesión médica es reacia a recetar y los productos farmacéuticos de cannabis son caros. Estos defensores abogan por la aprobación del uso de cannabis a base de hierbas para indicaciones amplias bajo una supervisión médica mínima. Este tipo de regulación se transforma fácilmente en la legalización de facto del uso no médico. Esto a su vez puede allanar el camino hacia la legalización del consumo recreativo de cannabis y, al mismo tiempo, no proteger a los pacientes del uso inapropiado de productos de cannabis de calidad inferior".

"La mayoría de los defensores de la legalización han utilizado algunos usos médicos como un trampolín hacia la

legalización para el uso personal. Honestamente, siento que ese siempre ha sido el principal "Leit Motive" que ha llevado a las personas a luchar por esto. Creo que es bastante residual el número de pacientes, si piensas en términos de diferentes tipos de medicamentos a nivel mundial. En mi opinión, sin embargo, creo que no es que el argumento del uso médico esté socavando la legalización para el uso personal porque no estamos tratando con un enfoque médico".

Características psicosociales de los usuarios (cultura, género, religión...)

Los informantes no han destacado ninguna característica religiosa, racial o cultural como relevante o significativamente correlacionada con el consumo de cannabis. Sí se ha mencionado la mayor prevalencia en hombres que en mujeres, aunque existe una dinámica que va acercando ambos sexos a porcentajes similares en ciertos grupos de riesgo, sobre todo las/os jóvenes. En algunos países sí se ha identificado un mayor consumo de cannabis en estratos socioeconómicos bajos, fundamentalmente en América del Sur y África.

Diversos estudios resaltan una mayor prevalencia en las personas que presentan consumos problemáticos de cannabis dentro de los varones jóvenes con algún tipo de desigualdades sociales. En muchas ocasiones, se trata de personas con problemas mentales, con un rendimiento académico bajo, mantienen algún tipo de conducta poco prosocial y se relacionan fundamentalmente con otras personas consumidoras de drogas. Suelen ser más hombres, pero las mujeres con este perfil suelen presentar problemas psicosociales similares (Hall, 2014).

"Hemos detectado que era más común entre los niveles más bajos de abordaje de la economía social, pero estamos preocupados porque creemos que será más común en todos los niveles de la economía social".

"Más chicos consumen marihuana, pero ahora hay más chicas que comienzan a consumirla".

"Ha habido campañas para desvincular el uso de marihuana de la típica imagen del consumidor de droga, se me ocurre una que se llamaba "Nice people take drugs" en el que varios políticos y artistas y personas famosas hablan de sus experiencias con las drogas e intentaban desmitificar el uso de drogas. Un poco era para eso para desmitificar y para desmentir el que existiera un perfil sociodemográfico, cultural, epidemiológico o socio-económico de consumidor de cannabis".

"Por supuesto, hay una carga mayor para las mujeres que usan cannabis, para mujeres que usan drogas en general y que tiene que ver con estereotipos y con roles, que supone una carga y un estigma para las mujeres que consumen drogas".

"La investigación hasta la fecha se ha centrado en gran medida en las consecuencias psicosociales del consumo de cannabis en adolescentes en la edad adulta, por ejemplo, en los efectos sobre logros educativos, otro uso de drogas y salud mental. Tenemos muy pocos estudios sobre los efectos

adversos para la salud del consumo regular de cannabis a largo plazo hasta la edad adulta".

CONCLUSIONES

Las principales conclusiones de este estudio se pueden resumir en los siguientes bloques:

Hay grandes dificultades para que haya un debate internacional homogéneo y en el que se encuentren todos los países y actores en el mismo punto. Esto se debe a la extrema politización del tema y la falta de interés por parte de algunos miembros de las convenciones internacionales. Cabe destacar además que hay diferentes niveles del debate dependiendo de la zona geográfica, al igual que el impacto de una supuesta legalización o regulación sería diferente según el país. Mientras en algunos, sobre todo aquellos que pertenecen a Occidente, puede que el impacto no sea muy grave y el Estado tenga la capacidad suficiente para manejar la situación, en otros países los efectos de la legalización/regulación pueden ser devastadores. Sin embargo, en algunos de los países occidentales están surgiendo movimientos civiles importantes que demandan que se hable sobre la legalización del cannabis a nivel político, basándose en los derechos humanos y las libertades individuales.

Se debe hacer una clara diferenciación en el debate entre el consumo de cannabis con fines terapéuticos y el consumo con fines recreacionales. Respecto al primer uso, es completamente necesario que se hagan estudios científicos imparciales y objetivos sobre los beneficios y las consecuencias del consumo de cannabis como forma de tratar las enfermedades convenientes. Es importante hacer énfasis en que estos estudios no se dejen llevar por prejuicios sociales.

A la hora de hablar de la legalización/regulación, es vital tener en cuenta el impacto psicosocial y los principales grupos de riesgo. Uno de ellos son los/as adolescentes, los que pueden caer más fácilmente en un uso problemático del cannabis y sufrir por ello alteraciones psicológicas y psicosociales, como el fracaso escolar. También se tiene la imagen de que el cannabis es una droga inocua o inofensiva, mientras que ha sido demostrado que causa un daño neurodegenerativo y que puede tener consecuencias psicosociales negativas. En este sentido, es necesario que se hiciera énfasis en las políticas de educación para la salud, promoción de salud y concienciación, con el fin de que no disminuya la percepción del riesgo, al igual que políticas de reducción de daños. Así, es indispensable disponer de planes de tratamiento y de intervención eficaces que complementen el proceso de legalización/regulación.

Una de las preocupaciones principales es la actuación de las mafias y el mercado negro en el caso de una legalización/regulación, ya que muchas personas expertas han coincidido en que la legalización no elimina la venta de cannabis en el mercado negro, especialmente en una primera regulación, y que el objetivo es que año a año más personas usuarias pasen a los circuitos regulados de abastecimiento. Por tanto, sí es cierto que, si el Estado se hace cargo de la legalización del cannabis, sería más sencillo controlar la calidad de la sustancia y evitar que los usuarios

usuarios consuman un cannabis modificado genéticamente, evitando las consecuencias no esperadas sobre cómo estos tipos de cannabis pueden influir en la salud mental y física de las personas. También es importante que las políticas públicas y el modelo de legalización/regulación sean flexibles y fáciles de evaluar y monitorizar, para que se puedan tomar decisiones sobre qué potenciar, qué eliminar y qué modificar en caso de que sea necesario o según los problemas y nuevas necesidades que vayan surgiendo en el proceso de implementación.

Por último, es necesario que haya una despolitización del debate y se pueda hacer un análisis objetivo de las consecuencias de la legalización/regulación. Sobre todo, el debate sobre el uso terapéutico debe ser realizado por especialistas y personas expertas, no tanto por la opinión pública, evitando sesgos e influencias externas. De esta forma y con la disponibilidad de información veraz y contrastada, se podría conducir el debate de forma objetiva y poniendo el foco de atención sobre los derechos humanos, la salud pública y el bienestar de las personas. Además, sería interesante analizar en profundidad las experiencias que se han dado en Países Bajos, Uruguay, Canadá y Estados Unidos para proporcionar más información sobre las consecuencias y beneficios que se han obtenido al debate, siempre teniendo en cuenta los diferentes contextos de estos países.

BIBLIOGRAFÍA

Baptista-Leite R (2018). *The road towards the responsible and safe legalization of cannabis use in Portugal*, Acta Med Port, Feb;31 (2):115-125.

Budney, A; Sofis, M& Borodovsky, J (2019). *An update on cannabis use disorder with comment on the impact of policy related to therapeutic and recreational cannabis use.* European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 269:73–86. https://doi.org/10.1007/s00406-018-0976-1

Casas, M; Bruguera, E; Roncero, C & San, L (2007). *Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre el consumo de cannabis.* Barcelona, FEPSM.

Creswell, J. W. (2014). Research Design: *Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches (4th ed.)*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Eastwood, N.; Fox, E. & Rosmarin, A. (2016). *A Quiet Revolution - Decriminalisation across the Globe*. London: Release publications.

EMCDDA/Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2017). *Respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas: una guía europea.* Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

EURAD (2012). *Cannabis: Issues for policy makers.* Brussels: EURAD.

Firth, C.L., Davenport, S.S., Smart, R., & Dilley, J.A. (2019). *How high: Differences in the developments of cannabis markets in two legalized states.* The International journal on drug policy, 75, 102611.

Hall, W &Lynskey, M (2009). *The challenges in developing a rational cannabis policy*. Current Opinion in Psychiatry, 22:258–262

Hall, W (2014) *What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use?* Addiction, 110, 19–35. doi:10.1111/add.12703

Hall, W &Lynskey, M (2015) *Evaluating the public health impacts of legalizing recreational cannabis use in the United States.* Addiction, 111, 1764–1773.

Hall, W (2017) *The future of the international drug control system and national drug prohibitions.* Addiction, 113, 1210–1223. Doi:10.1111/add.13941

NCSL (2019) *National conference States Legislatures: State Medical Marijuana Laws.* Washington: NCSL.

Obradovic, I. (2019) *From prohibition to regulation: A comparative analysis of the emergence and related outcomes of new legal cannabis policy models (Colorado,Washington State and Uruguay).* International Journal of Drug Policy, https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.11.002.

Pardo, B. (2014) *Cannabis policy reforms in the Americas: a comparative analysis of Colorado, Washington, and Uruguay.* Int J Drug Policy. 2014 Jul;25 (4):727-35. doi: 10.1016/j.drugpo.2014.05.010. Epub 2014 Jun 2.

Riboulet-Zemouli K, Anderfuhren-Biget S, Díaz Velásquez M y Krawitz M (2019), *Cannabis & Sustainable Development: Paving the way for the next decade in Cannabis and hemp policies. FAAAT think & do tank, Vienna, March 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.* Available at: https://faaat.net/publications/9791097087340

Rolles, S & Murkin, G (2016) *How to Regulate Cannabis: A Practical Guide.* London: Transform Drug Policy Foundation.

Stockings, E; Hall, W; Lynskey, M; Morley, K; Reavley, N; Strang, J;Patton, G & Degenhardt, L (2016) *Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people.* Lancet Psychiatry 2016; 3: 280–96

Vázquez N, Muñoz L, Juárez O, Ariza C. (2018) *¿Qué funciona en la prevención selectiva del consumo de alcohol y cannabis en jóvenes vulnerables?* Rev Esp Salud Pública.2018;92:8 de octubre e201810070.

Wallingford S., Konefal S. & Young M.M. (2019). C*annabis use, harms and perceived risks among Canadian students.* Ottawa, Ont.: Canadian Centre on Substance Use and Addiction.

WHO (2016) *The health and social effects of nonmedical cannabis use*. Geneva: WHO

Wilkinson, S. (2004). *Focus group research*. In D. Silverman (ed.), *Qualitative research: Theory, method, and practice (pp. 177–199).* Thousand Oaks, CA: Sage.

EL IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LAS TENDENCIAS DE CONSUMO EN POBLACIÓN JOVEN Y ADAPTACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS: LA EXPERIENCIA DEL CET ZANDUETA.

THE IMPACT OF THE PANDEMIC IN DRUG USE TRENDS IN YOUNG POPULATION AND ADJUSTMENTS OF DRUG TREATMENTS: THE CET ZANDUETA EXPERIENCE.

Diego Eguiluz

Psicólogo General Sanitario y Máster en Neuropsicología clínica CET Zandueta.

Isabel Ecay

Graduada en Trabajo Social en la Universidad Pública de Navarra. Educadora social en el Centro Educativo Terapéutico Zandueta (Asociación Dianova).

Koldo Alberdi

Licenciado en Historia por la UNED, Graduado en Economía por la UPNA, Máster en Formación para el Profesorado de Secundaria por la UNIR. Docente de profesión, responsable de formación en el CET Zandueta.

Jana Senosiain

Directora del Centro Educativo Terapéutico Zandueta de la Asociación Dianova.

RESUMEN

Las circunstancias generadas por la pandemia de covid-19 exigen un mayor y mejor conocimiento de la realidad actual sobre el uso de drogas, especialmente entre los jóvenes, principales consumidores de estas sustancias y uno de los colectivos más vulnerables a padecer trastornos por su abuso. Se hacen necesarias investigaciones que profundicen en el impacto psicológico creado por esta situación y cómo esto puede derivar en un abuso de sustancias tóxicas, así como los nuevos retos planteados en los centros sociosanitarios y las consecuentes adaptaciones que se han tenido que dar en ellos. En este sentido, el artículo desglosa la situación actual de la investigación y las adaptaciones en CET Zandueta como respuesta a este problema global.

PALABRAS CLAVE

Adicciones, jóvenes, tratamiento, pandemia, covid-19.

ABSTRACT

The circumstances generated by the covid-19 pandemic require a greater and better knowledge of the current reality regarding drug use, especially among young people, the main users of these substances and one of the most vulnerable groups at high risk of developing substance use disorders. Research is needed to delve into the psychological impact created by this situation and how it can lead to drug abuse, as well as the new challenges posed in social health centers and the consequent adaptations implemented as a result. In this sense, this paper makes an overview of the current situation of research and describes adaptations carried out at CET Zandueta in response to this global problem.

KEY WORDS

Addictions, youth, treatment, pandemic, covid-19.

INTRODUCCIÓN

La Asociación Dianova España es una ONG de acción social sin ánimo de lucro de ámbito nacional que pertenece a la Red Dianova con estatus consultivo ante el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas (ECOSOC) y asociada oficial de la UNESCO, que realiza programas sociales y proyectos innovadores de acción social a nivel estatal para atender a c su actividad, gestiona recursos específicos de intervención en adicciones y drogodependencias, entre ellos el Centro Residencial Educativo Terapéutico Zandueta, donde se trabaja con jóvenes y adolescentes con trastornos de conducta asociados a adicción, desde el año 2001, desarrollando un programa específico para menores con problemas de conducta y consumo de sustancias tóxicas. En este programa, los menores residen un tiempo acorde con la consecución de sus objetivos educativos y terapéuticos para luego proseguir con su itinerario personal, familiar y social.

El Centro Zandueta está ubicado en el término municipal de Valle de Arce,

en Navarra. La población más cercana, Nagore, se encuentra a 1,5 km, tratándose ambas de pequeñas poblaciones rurales de la montaña navarra. El equipo interdisciplinar está compuesto por profesionales especializados en diferentes disciplinas: director/a, profesor/a, psicólogo/a, trabajador social, educadores sociales y auxiliares educativos. La combinación y la complementariedad de todas y cada una de las figuras profesionales y de las personas que trabajan en el centro permite ofrecer un programa educativo-terapéutico integral y orientado al desarrollo emocional y social de los jóvenes. La complementariedad es garante de la gestión del conocimiento y de la formación continua de los profesionales que se retroalimentan continuamente de los conocimientos respectivos de cada disciplina y de su experiencia.

El contexto de pandemia y el informe mundial sobre drogas

Desde el pasado año 2020 hasta la actualidad, la sociedad en su conjunto está atravesando y enfrentando una de las coyunturas más importantes del siglo XXI. La crisis sanitaria y social derivada de la aparición del coronavirus, así como la puesta en marcha de medidas restrictivas ajustadas al control de la infectividad (como las derivadas del Estado de Alarma), han alterado nuestras relaciones interpersonales, conductas, afectos y cogniciones. Asimismo, esta crisis se acompaña de histeria masiva y pérdidas financieras (Dubey, et al., 2020) que agudizan la situación para muchas personas.

Para conocer la situación anterior a la pandemia contamos con los datos elaborados en junio de 2020 por el Servicio de Información de las Naciones Unidas, por los que sabemos que alrededor de 269 millones de personas usaron drogas en todo el mundo durante el año 2018, suponiendo un aumento del 30% con respecto al 2009, mientras que más de 35 millones de personas sufren trastornos por el uso de drogas, de acuerdo con el Informe Mundial sobre las Drogas, elaborado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Así, sobre las tendencias en el consumo de drogas, señala que el cannabis fue la sustancia más utilizada en todo el mundo durante el 2018, con aproximadamente 192 millones de personas consumidoras, mientras que los opioides siguen siendo las drogas más perjudiciales, pudiendo asociar a su consumo, durante la última década, un aumento del total de muertes de un 71%, incrementándose éstas en mayor medida entre las mujeres (92%) que entre hombres (63%). El informe destaca que el consumo de drogas aumentó mucho más rápidamente entre los países en vías de desarrollo durante el período 2000-2018 que en los países desarrollados. Las personas adolescentes y adultos jóvenes representan la mayor parte de consumidores de drogas, sufriendo también de manera más intensa sus efectos, ya que, además de ser quienes más consumen. Sobre el cannabis, aunque es difícil evaluar el impacto que han tenido las leyes que han llevado a su legalización en algunas zonas, es posible resaltar que su consumo ha aumentado en todos estos lugares tras la legalización. Además, sigue siendo la principal droga que lleva a las personas ante la justicia, pues es causa de más de la mitad de los delitos relacionados con drogas, de acuerdo con datos de

69 países, que abarcan el período entre 2014 y 2018. El Informe también señala que los países con baja renta per cápita, que representan al 88% de la población mundial, siguen sufriendo una escasez crítica de opioides farmacéuticos para el tratamiento del dolor y los cuidados paliativos, consumiendo menos de 10% del total. El acceso a estas sustancias depende de múltiples factores, entre ellos la legislación, la cultura, los sistemas de salud o las prácticas de prescripción médica. Destaca también que las personas con desventajas socioeconómicas corren un mayor riesgo de sufrir trastornos por el uso de dr ogas. La pobreza, la dificultad de acceso a la educación y la marginación social siguen siendo factores importantes que aumentan el riesgo de sufrir trastornos por el consumo de drogas, dándose además mayores obstáculos en estos grupos para obtener servicios de tratamiento de los mismos.

Uno de los datos más alarmantes es la facilidad de acceder a las drogas, indicando al menos el 70% de los menores que, aunque la ley prohíbe la comercialización de estas sustancias, son muy fáciles de conseguir, incluso en centros escolares y universitarios. Los jóvenes de 14 años son los principales consumidores de drogas sintéticas y al menos 520.000, a nivel mundial, han consumido drogas una vez en su vida.

El Informe también analiza el impacto del covid-19 en los mercados de drogas, destacando que, si bien sus efectos aún no se conocen plenamente, las restricciones fronterizas y de otro tipo vinculadas con la pandemia han provocado escasez de drogas en las calles, dando lugar a un incremento en los precios y a una reducción de su pureza. Además, señala que la crisis económica, el aumento del desempleo y la disminución de oportunidades causadas por la pandemia pueden afectar de manera desproporcionada a las personas en mayor situación de pobreza y vulnerabilidad, volviéndolas más propensas al consumo de drogas, así como a su cultivo y tráfico para obtener ingresos. Debido al covid-19, los traficantes se han visto obligados a encontrar nuevas rutas y métodos, siendo más probable que las actividades de tráfico a través de la *darknet* y los envíos por correo aumenten, a pesar de la interrupción de la cadena de suministro postal a nivel internacional. La pandemia también ha ocasionado una escasez de opioides, lo cual a su vez puede dar lugar a que las personas recurran a sustancias más fácilmente disponibles como alcohol, benzodiacepinas o mezclas de drogas sintéticas. Es posible que surjan patrones de consumo más perjudiciales conforme algunos usuarios cambien a las drogas intravenosas o se inyecten con más frecuencia.

Al analizar los efectos adicionales de la actual pandemia, el Informe señala que, si los gobiernos reaccionan de la misma forma en que lo hicieron ante la crisis económica de 2008, cuando redujeron los presupuestos relacionados con las adicciones, las intervenciones de prevención y tratamiento del consumo de drogas y otras conductas de riesgo relacionadas, así como el suministro de naloxona para el manejo y reversión de las sobredosis de opioides podrían verse muy afectados. Las operaciones de interceptación y la cooperación internacional también pueden pasar a ser menos prioritarias, lo cual facilitaría las maniobras de los traficantes.

El impacto del covid-19 en el Estado español

La epidemia de coronavirus (covid-19) ha generado un gran impacto en la vida diaria de la sociedad en general y un reto para los servicios de salud que se dedican a la atención de personas con adicciones. Así, al igual que ha llevado a grandes cambios en casi todas las facetas de la vida, ha transformado las pautas de consumo, tanto de sustancias psicoactivas, como de otras adicciones.

Según una consulta realizada a los centros notificadores de las Comunidades Autónomas por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA, 2020), referente a los indicadores de inicio de tratamiento, urgencias y mortalidad relacionada con sustancias psicoactivas, se puede apreciar que, durante el confinamiento, el inicio de tratamiento de desintoxicación por parte de personas consumidoras ha descendido ligeramente. Este descenso se ha producido tanto en hombres como en mujeres en relación a todas las sustancias, a pesar de haber sido algo menor en el caso de los opioides.

Según la citada encuesta, la prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas ha disminuido de un 73,1% previo al confinamiento a un 64,6% durante el confinamiento, en varones de 15 a 24 años. En el caso de las mujeres, la prevalencia también ha descendido del 71,3% al 58,4% en el mismo tramo de edad. El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años, habiendo consumido bebidas alcohólicas el 77,9% en alguna ocasión. Durante el confinamiento, el 2,5% de los jóvenes entre 15 y 24 años han iniciado el consumo de alcohol, el 37,6% ha disminuido dicho consumo y el 25,3% no consumía y continúa sin hacerlo. En función de la situación laboral, se detecta más consumo de alcohol entre los estudiantes (74,5%) y entre las personas que se encuentran trabajando (68,3%), siendo mucho menor la prevalencia entre las que se dedican a las labores del hogar (37,7%), las que se encuentran recibiendo una pensión (54,5%) o las personas en situación de desempleo (53,5%). La mayoría de los estudiantes que han consumido alcohol en los últimos 30 días lo han hecho por diversión, siendo motivo la sensación que les aporta. En tercer lugar, beben porque creen que les ayuda cuando están tristes y, en cuarto lugar, porque les ayuda a ligar. El consumo de tabaco, según el estudio, presenta una prevalencia entre jóvenes de 15 a 19 años ha disminuido ligeramente durante el periodo analizado, pasando de un 35,5% a un 31,3%.

Se observa también en la encuesta que el consumo de hipnosedantes (tranquilizantes o somníferos) sin receta médica previa, tiene una prevalencia actual entre los jóvenes de 15-24 años de entre un 2 y un 3%. En cuanto al cambio en el patrón de consumo de hipnosedantes sin receta, tanto en mujeres como en hombres, el grupo más numeroso es aquel en el que se encuentran las personas que no consumían y siguen sin consumir, por delante del grupo que han iniciado o aumentado su consumo. En cuanto al cannabis, se mantiene como la droga ilegal más prevalente y extendida en España con diferencia, comenzando los jóvenes su consumo antes de cumplir los 15 años, tal y como se ha ido observando desde el año 2000, encontrándose

entonces el indicador entre los 14,6 años y los 14,9 años. En los meses previos a la pandemia por covid-19, la prevalencia de consumo de cannabis en personas entre 15 y 64 años encuestados fue del 7,8%, siendo más elevado el consumo entre hombres que entre mujeres. Durante el confinamiento el consumo de cannabis ha disminuido ligeramente, de un 20,5% a un 16,4% en personas entre 16 y 24 años de edad, siendo más significativo el descenso que se ha producido entre el sexo masculino. Durante la pandemia se observa una disminución en el patrón de consumo de cannabis, siendo un 3,5% la población que ha dejado de consumir o reducido el mismo. Este porcentaje es mayor en hombres que en mujeres, mientras que las personas que reconocen haber iniciado su consumo de cannabis durante la pandemia es inferior al 1%, no encontrándose diferencias por sexo.

Por último, la prevalencia del consumo de cocaína en personas de entre 15 y 64 años es del 0,4%, siendo la segunda droga ilegal más consumida en España. De las personas encuestadas entre 15 y 64 años, el 11,2% reconoce haber consumido cocaína en algún momento de su vida, dato que ha aumentado en casi 1 punto porcentual con respecto al dato registrado en 2017.

Así mismo, Mallet, Dubertret y Le Strat (2020) realizaron un estudio en Francia donde comprobaron que el consumo de sustancias no aumentaba significativamente, probablemente debido a la reducción en la accesibilidad. Sin embargo, tras el cese del confinamiento, observaron un aumento en el consumo de alcohol y tabaco, así como un incremento en las sobredosis de opioides.

Por su parte, Vanderbruggen, et al. (2020) realizaron un estudio similar en Bélgica basado en el alcohol y el cannabis, que apuntaba a un incremento ligero en el consumo de alcohol derivado del aumento del tiempo de convivencia con la unidad familiar. No obstante, comprobaron que el uso del cannabis no había aumentado. Estos datos guardan cierta consistencia con los obtenidos en España por el OEDA (2020) en los cuales se reflejaba que la única droga cuyo consumo se ha incrementado en tiempos de pandemia han sido los hipnosedantes sin receta.

Las tendencias de consumo en la población joven

La adolescencia es un periodo crítico, ya que involucra una serie de cambios físicos, hormonales, emocionales, conductuales, sociales y cognitivos. Como consecuencia, se producen alteraciones neurobiológicas subyacentes (Gray y Squeglia, 2018) que pueden dar lugar una mayor probabilidad de implicarse en conductas de riesgo. Además, es sabido que el consumo de alcohol y otras sustancias es cada vez más precoz (Golpe, Isorna, Barreiro, Braña y Rial, 2017), lo cual supone una importante carga para individuos, familias y comunidades (Kulak y Griswold, 2019). Asimismo, el consumo de sustancias lícitas puede facilitar el posterior consumo de otras sustancias, generando patrones de policonsumo especialmente en varones (Choi, Lu, Schulte y Temple, 2018). Este fenómeno puede deberse a que el consumo de tóxicos, considerándolo una conducta de riesgo, comprende una forma para los jóvenes varones de demostrar su virilidad y su arrojo ante contextos de peligro (Emakunde y Farapi S.L, 2009). De

hecho, cuando observamos patrones de consumo de drogas como psicofármacos (que suponen un menor riesgo que en otros casos), las mujeres presentan mayores tasas de consumo que los hombres (Farapi S.L., 2009). Además, el consumo de tóxicos en un cerebro en desarrollo como el del adolescente puede provocar déficits neuropsicológicos significativos a largo plazo, así como alteraciones del circuito de recompensa (Chambers, Taylor y Potenza, 2003; Somerville, Jones y Casey, 2010; Squeglia y Gray, 2016).

Pandemia y consecuencias en la salud mental

Toda la alteración de relaciones, conductas y cogniciones que han acompañado a la crisis provocada por la pandemia ha provocado el interés por realizar revisiones e investigaciones que ayuden a visibilizar a las consecuencias que pueden derivar de todo ello. En este sentido, Brooks, et al. (2020) realizaron una revisión de la literatura existente en torno a este tema, analizando 24 publicaciones recientes, y concluyeron que el impacto psicológico de la cuarentena es significativo y puede consolidarse a largo plazo. Específicamente, se observó una relación positiva entre la duración de la cuarentena y la aparición de sintomatología de estrés postraumático, conductas de evitación e ira. Asimismo, se observó que el confinamiento y la pérdida de la rutina habitual se relacionaban con un menor contacto social, lo cual aumentaba los niveles de aburrimiento, frustración, malestar emocional y sensación de aislamiento.

Estas observaciones son consistentes con los hallazgos realizados en otras investigaciones. Se ha demostrado que los periodos de confinamiento se relacionaban con un aumento de sintomatología como ansiedad, crisis de pánico, comportamientos obsesivos, paranoia, depresión y trastornos de estrés postraumático a largo plazo (Dubey, et al., 2020 y Martinotti, et al., 2020). Asimismo, observaron que, según la edad, las consecuencias del confinamiento variaban en cuanto a su impacto y sintomatología. Así, en el colectivo infantil se dieron mayores problemas relacionados con la irritabilidad, desarrollo educativo y aburrimiento, mientras que, en el colectivo de la tercera edad, se observó una reagudización del deterioro cognitivo (Dubey, et al; 2020). Por su parte, Ornell, Schuch, Sordi y Kessler (2020) hallaron que el distanciamiento social y confinamiento se asociaban con emociones negativas y malestar emocional (ansiedad, irritabilidad, miedo, tristeza, ira y aburrimiento).

Sin embargo, los efectos de la pandemia por covid-19 no repercuten solamente en población general, sino que lo hacen de una forma más específica en colectivos concretos como los trabajadores sanitarios, quienes precisamente son de vital importancia en el abordaje de la situación actual. Concretamente, en España, Alonso, et al. (2020) realizaron un estudio con trabajadores sanitarios de seis Comunidades Autónomas diferentes, donde corroboraron una alta prevalencia de trastornos mentales entre este colectivo. Entre los hallazgos de estos autores, se observó que los/las trabajadores/as con problemas previos de salud mental presentaban más complicaciones. Asimismo, según los datos obtenidos,

parece que el ser mujer y tener una exposición continuada a pacientes de covid-19 comprenden factores de riesgo específicos para el empeoramiento de condiciones previas relacionadas con la salud mental y otras variables asociadas al género. Entre las patologías mentales asociadas, esta investigación hace referencia a problemas de depresión mayor, ansiedad generalizada, ataques de pánico, estrés postraumático y consumo de sustancias.

Estos resultados coinciden con otros estudios como el de Dubey, et al. (2020), donde observaron que el/la profesional sanitario tiene un mayor riesgo de contraer la enfermedad, así como de desarrollar alteraciones psicológicas tales como ansiedad, burnout, preocupación en torno a contagiar a familiares, depresión, estrés postraumático y consumo de sustancias. Por tanto, parece que existe una importante relación entre las medidas adoptadas para enfrentar la crisis sanitaria y el empeoramiento general que se observa en lo referente a salud mental.

Impacto de la pandemia: ¿un incremento en problemas de adicción?

Sabemos desde hace muchos años que existe una estrecha relación entre el uso, abuso y dependencia de tóxicos y los problemas de salud mental (Beneit, García y Mayor, 1997). Por tanto, podríamos cuestionarnos si, dado el contexto actual y el crecimiento de problemas de salud mental, es esperable observar también un aumento de trastornos adictivos. En esta línea, se ha comprobado que el malestar emocional (especialmente la irritabilidad y la ira) podrían desencadenar episodios de recaída incluso en personas con una abstinencia sostenida en el tiempo (Serafini, Toohey, Kiluk y Carroll; 2016). También se ha observado que las recaídas pueden producirse como consecuencia del aislamiento y la falta de apoyo social (Volkow, 2020). Otros datos apuntan a la posibilidad de aumento en el consumo de tóxicos además de la sintomatología psiquiátrica previamente descrita (Rogers, et al., 2020).

Afortunadamente, desde el inicio de la pandemia, son varias las investigaciones que han tratado de arrojar luz sobre la relación bidireccional entre la dependencia a tóxicos y la presencia del covid-19 en la sociedad. Por una parte, las personas con trastornos adictivos presentan un riesgo superior de contraer y transmitir la enfermedad, debido a factores clínicos, psicológicos y psicosociales, así como a los problemas de salud mental y problemas sociales comórbidos a la adicción (Dunlop, et al., 2020).

Asimismo, la gravedad de la enfermedad en este colectivo es significativa, ya que consumidores de tabaco, cannabis u opioides (Ornell, et al., 2020) presentan problemáticas médicas a nivel respiratorio, lo que puede complicar el pronóstico del covid-19 o aumentar la posibilidad de contagio (Volkow, 2020). Esto ocurre especialmente en personas con trastornos adictivos que consumen la sustancia vía intravenosa, si bien se identifican otros factores de riesgo, como bajo estatus socioeconómico y reducida accesibilidad a los servicios de salud (Vasylyeva, Smyrnov, Strathdee y Friedman, 2020).

Por otra parte, las alteraciones en salud mental derivadas de la situación actual también están ejerciendo determinados efectos sobre los patrones de inicio y mantenimiento del consumo de sustancias tóxicas. De hecho, Rogers, et al. (2020) concluyen que, entre las personas que se han iniciado en el consumo de sustancias o que lo han mantenido durante la pandemia existen mayores niveles de preocupación, miedo y ansiedad por la situación actual, si bien es un fenómeno que no se ha dado con el inicio en el consumo de opioides.

Además, hemos de destacar los factores de *craving* y abstinencia. En esta línea, el confinamiento en los domicilios y las restricciones de movilidad han provocado una menor accesibilidad a tóxicos por parte de las personas con trastornos adictivos (Dubey, et al., 2020), lo cual puede provocar, debido a síntomas de *craving* o abstinencia, que la persona priorice la obtención de la sustancia por encima de las medidas establecidas socialmente para el control de la enfermedad (Dubey, et al., 2020; Dunlop, et al., 2020; Ornell, 2020). Asimismo, es importante tener en cuenta que el síndrome de abstinencia a determinadas sustancias tóxicas puede llevar consigo problemas de salud graves e incluso de mortalidad (Kar, et al., 2020).

Adicciones y estigma social

Otro elemento importante es el estigma social. Por una parte, muchas de las personas con trastornos adictivos tienen que hacer frente al estigma social y a las consideraciones de muchas personas (incluso profesionales) que argumentan que la adicción es el resultado de inmadurez afectiva y malas decisiones (Volkow, 2020). Por otra parte, las personas estigmatizadas presentan una tendencia a no utilizar recursos sanitarios o utilizarlos tarde, lo cual puede aumentar el riesgo de transmisión en algunos colectivos y comunidades (Dubey, et al., 2020).

Adicciones sin sustancia durante la pandemia

Como vemos, existe una relación bidireccional entre la pandemia y sus consecuencias y los trastornos adictivos. Sin embargo, es importante incluir dentro de esta fenomenología las adicciones sin sustancia. En esta línea, los datos apuntan a un mayor riesgo para el desarrollo de adicciones conductuales (Kar, et al., 2020), ya que se ha comprobado un aumento del uso de nuevas tecnologías, consumo muy alto de televisión e incremento en el uso de las redes sociales (Martinotti, et al., 2020).

Los resultados obtenidos a través de encuestas realizadas durante la pandemia en el territorio español (OEDA,2020) van en concordancia con los datos reportados. Concretamente, se ha comprobado que, antes del confinamiento, la frecuencia más habitual de uso de videojuegos estaba en 1-3 días al mes mientras que durante la pandemia está en 5-7 días por semana. En cuanto al juego *online* con dinero, los datos apuntan a una disminución general en la frecuencia de uso. Sin embargo, actividades concretas como juegos de cartas con dinero *online* y tragaperras *online* muestran un ligero incremento en su uso (OEDA, 2020). Por último, un 69% de las personas encuestadas refirieron un aumento del uso diario de internet.

Los tratamientos de adicciones durante la pandemia: sorteando barreras y creando soluciones

Kurlander, Diniz, Godoy, de Sousa Barreto y MacDonald-Winship (2021) han realizado recientemente en Brasil una encuesta en comunidades terapéuticas donde han observado que, derivado del estado de pandemia, se han interrumpido ingresos, actividades de voluntarios, visitas familiares y actividades externas. Por otra parte, el riesgo de transmisión en este tipo de centros es mayor debido a la convivencia continua entre las personas usuarias del servicio y los profesionales (Ornell, 2020; Rosca, Shapira y Neumark, 2020). Asimismo, muchos recursos ambulatorios se han visto obligados a reducir las horas laborales o los servicios, suponiendo un riesgo para muchos de los/las pacientes (Samuels, et al., 2020).

La necesidad de la adaptación de los programas residenciales de tratamiento de menores: la experiencia del CET Zandueta

Durante el confinamiento por covid-19, han sido muchas las incertidumbres y dudas que han surgido sobre los programas residenciales de protección de menores, relacionadas con el propio virus y sobre cómo abordar esta situación con los y las jóvenes.

Desde el CET Zandueta, centro residencial que acoge a menores de edad de diferentes Comunidades Autónomas, se ha centrado la intervención con los y las menores durante la pandemia en reforzar y potenciar la motivación ante la prevención de recaídas que podía darse durante el tiempo de confinamiento, teniendo en cuenta que dichos menores se encuentran alejados de su entorno familiar y contexto habitual.

El equipo interdisciplinar del CET Zandueta ha innovado tanto en materiales como en métodos de intervención, utilizando el abordaje holístico, con el fin último de continuar con el proceso vital de los menores, intentando amortiguar los efectos y consecuencias de la pandemia por covid-19 sobre la salud mental de los jóvenes, la adherencia al programa terapéutico que realizan en el centro y la motivación necesaria para ello.

Para conseguir dicho objetivo, desde el CET Zandueta se han reforzado las actividades físicas, dotando a los y las menores de espacios de desahogo, buscando alternativas alejadas del consumo de sustancias tóxicas. A su vez, las actividades formativas se han llevado a cabo con métodos alternativos en el centro, como, por ejemplo, las nuevas tecnologías.

El tiempo de ocio, no sin dificultades dado el confinamiento, se ha desarrollado en gran parte a través del uso de redes sociales bajo supervisión por parte del equipo educativo del centro, y las actividades realizadas en el centro han estado en la mayoría de las ocasiones destinadas a paliar el malestar psicológico de los y las menores y a potenciar una vez más la motivación para continuar trabajando en el programa educativo terapéutico.

Además, se ha valorado desde el primer momento la necesidad e importancia de adaptarse, utilizar la creatividad y ser flexibles ante la programación y actividades del centro, con el único fin de continuar dotando de protección a los y las menores residentes, debido a que el confinamiento ha generado nerviosismo entre ellos y ellas, dificultades en la gestión de la incertidumbre y nerviosismo ante los diferentes estados de salud de sus familiares. A este respecto, desde el CET Zandueta se proporciona mayor número de espacios para el contacto familiar, utilizando la videollamada como método de acercamiento entre los miembros de las familias.

Ha resultado fundamental desde el comienzo de la pandemia la intervención educativa y psicológica de forma individual y grupal con los y las menores, a través de entrevistas motivacionales, por ejemplo, de nuevo con el fin de reforzar y potenciar la motivación que les ha ido permitiendo sostener el confinamiento y la pandemia alejados de su contexto habitual y del consumo de sustancias tóxicas.

En nuestro caso, desde el CET Zandueta, se ha adaptado el funcionamiento del centro a todos los niveles con el objetivo de implementar las medidas sanitarias y actualizar protocolos en función de las directrices emitidas desde el Ministerio de Sanidad. De esta forma, se está priorizando el uso de espacios exteriores del propio centro a la hora de llevar a cabo dinámicas e intervenciones, se mantienen protocolos de control de temperatura y distancias de seguridad con sus respectivas señalizaciones y se ha hecho uso de TICs a la hora de mantener el contacto entre los/las jóvenes que realizan el programa y sus familiares.

CONCLUSIONES Y DESAFÍOS FUTUROS

Dados los datos revisados, no podemos afirmar con certeza que se ha producido un aumento en los patrones de consumo, por lo que se torna esencial dar continuidad a las investigaciones que se han realizado y se están realizando a lo largo de la pandemia.

En este sentido, consideramos importante poder adquirir mayor conocimiento sobre la relación entre la pandemia y las adicciones en adolescentes, así como analizar la repercusión de la misma en los centros de tratamiento bajo ingreso y otros recursos de la red de atención a las adicciones.

Este último elemento es esencial de cara a diseñar estrategias más eficaces de intervención además de construir protocolos y estrategias preventivas para el futuro. De hecho, la pandemia ha supuesto para todos los recursos sociosanitarios un importante reto a la hora de mantener la calidad asistencial y equilibrarla con las medidas sanitarias oportunas. Asimismo, es necesario diseñar protocolos de actuación que agilicen las intervenciones en contexto de pandemia, para reducir la carga laboral de los profesionales socio-sanitarios y de atención directa. Por tanto, consideramos pertinente el desarrollo de líneas de investigación futuras que puedan dar respuestas a los interrogantes planteados y que puedan repercutir en el desarrollo de estrategias más eficaces tanto de intervención como de gestión.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso, J., Vilagut, G., Mortier, P., Ferrer, M., Alayo, I., Aragón-Peña, A., ... & MINDCOVID Working group. (2020). *Mental health impact of the first wave of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers: A large cross-sectional survey.* Revista de psiquiatria y salud mental.

Beneit, J.V., García, C. y Mayor, L.I. (1997). *Intervención en drogodependencias. Un enfoque multidisciplinar.* Vallehermoso, Madrid: Editorial Síntesis.

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*. The lancet, 395(10227), 912-920.

Chambers RA, Taylor JR, Potenza MN. *Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: A critical period of addiction vulnerability.* American Journal of Psychiatry. 2003; 160(6):1041–1052.

Choi, H. J., Lu, Y., Schulte, M., & Temple, J. R. (2018). *Adolescent substance use: Latent class and transition analysis.* Addictive behaviors, 77, 160-165.

Dubey, S., Biswas, P., Ghosh, R., Chatterjee, S., Dubey, M. J., Chatterjee, S., ... & Lavie, C. J. (2020). *Psychosocial impact of COVID-19. Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews, 14(5), 779-788.*

Dubey, M. J., Ghosh, R., Chatterjee, S., Biswas, P., Chatterjee, S., & Dubey, S. (2020). *COVID-19 and addiction. Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews, 14(5), 817-823.*

Dunlop, A., Lokuge, B., Masters, D., Sequeira, M., Saul, P., Dunlop, G., ... & Maher, L. (2020). *Challenges in maintaining treatment services for people who use drugs during the COVID-19 pandemic*. Harm Reduction Journal, 17, 1-7.

EMAKUNDE, FARAPI S.L. (2009). *Drogas y género.* Extraído de https://www.emakunde.euskadi.eus/gizoncas/-/informacion/gizonduz documentos/ en 12 de mayo de 2021.

Golpe, S., Isorna, M., Barreiro, C., Braña, T., & Rial, A. (2017). *Consumo intensivo de alcohol en adolescentes: prevalencia, conductas de riesgo y variables asociadas.* Adicciones, 29(4), 256-267.

Gray, K. M., & Squeglia, L. M. (2018). *Research Review: What have we learned about adolescent substance use?.* Journal of Child Psychology and Psychiatry, 59(6), 618-627.

Kar, S. K., Arafat, S. Y., Sharma, P., Dixit, A., Marthoenis, M., & Kabir, R. (2020). *COVID-19 pandemic and addiction: Current problems and future concerns.* Asian journal of psychiatry,

Kulak, J. A., & Griswold, K. S. (2019). *Adolescent substance use and misuse: Recognition and management.* American family physician, 99(11), 689-696.

Kurlander, P., Diniz, A. T., Godoy, G., de Sousa Barreto, K. I., & MacDonald-Winship, L. (2021). *How Brazilian therapeutic communities are facing COVID-19?*. Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities. doi.org/10.1108/TC-01-2021-0004

Mallet, J., Dubertret, C., & Le Strat, Y. (2020). *Addictions in the COVID-19 era: current evidence, future perspectives a comprehensive review.* Progress in Neuro Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 110070.

Martinotti, G., Alessi, M. C., Di Natale, C., Sociali, A., Ceci, F., Lucidi, L., ... & di Giannantonio, M. (2020). *Psychopathological burden and quality of life in substance users during the COVID-19 lockdown period in Italy.* Frontiers in Psychiatry, 11, 896.

NIDA. (2020). *COVID-19: Las posibles implicaciones para las personas con trastornos por consumo de drogas.* Extraído de https://www.drugabuse.gov/es/ en 29 de abril de 2021.

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2020). Encuesta OEDA-COVID 2020. Extraído de https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm en 12 de mayo de 2021.

Ornell, F., Moura, H. F., Scherer, J. N., Pechansky, F., Kessler, F. H. P., & von Diemen, L. (2020). *The COVID-19 pandemic and its impact on substance use: Implications for prevention and treatment. P*sychiatry research, 289, 113096.

Rogers, A. H., Shepherd, J. M., Garey, L., & Zvolensky, M. J. (2020). *Psychological factors associated with substance use initiation during the COVID-19 pandemic.* Psychiatry research, 293, 113407.

Rosca, P., Shapira, B., & Neumark, Y. (2020). *Isolating the isolated: Implications of COVID-19 quarantine measures on in-patient detoxification treatment for substance use disorders.* The International Journal on Drug Policy.

Samuels, E. A., Clark, S. A., Wunsch, C., Keeler, L. A. J., Reddy, N., Vanjani, R., & Wightman, R. S. (2020). *Innovation during COVID-19: improving addiction treatment access.* Journal of addiction medicine.

Somerville LH, Jones RM, Casey BJ. *A time of change: Behavioral and neural correlates of adolescent sensitivity to appetitive and aversive emotional cues.* Brain and Cognition. 2010; 72(1):124–133.

Squeglia, L. M., & Gray, K. M. (2016). *Alcohol and drug use and the developing brain.* Current psychiatry reports, 18(5), 46.

UNODC. (2020). *Informe Mundial sobre las Drogas.* Extraído de https://wdr.unodc.org/wdr2020/index.html en 12 de mayo de 2021.

Vanderbruggen, N., Matthys, F., Van Laere, S., Zeeuws, D., Santermans, L., Van den Ameele, S., & Crunelle, C. L. (2020). *Self-reported alcohol, tobacco, and Cannabis use during COVID-19 lockdown measures: results from a web-based survey.* European Addiction Research, 26(6), 309-315.

Vasylyeva, T. I., Smyrnov, P., Strathdee, S., & Friedman, S. R. (2020). *Chall*enges posed by COVID-19 to people who inject drugs and lessons from other outbreaks. Journal of the International AIDS Society, 23(7), e25583.

Volkow, N. D. (2020). *Collision of the COVID-19 and addiction epidemics*. Annals of Internal Medicine. https://doi.org/10.7326/M20-1212

Ana Adan

Catedrática de Psicobiología del Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología de la Universidad de Barcelona. Dirige la línea de investigación de Adicción y Patología Dual integrada en el Grupo Consolidado de Neuropsicología y el Instituto de Neurociencias de la UB, habiendo publicado más de doscientos trabajos científicos. Es miembro del comité editorial de diversas revistas especializadas, coordina la asignatura de Psicofarmacología del grado de Psicología y la de Adicciones del máster en Psicología General Sanitaria de la UB. Es directora y tutora del Máster en Drogodependencias, modalidad en línea, de IL3-UB.

Koldo Alberdi López

Licenciado en Historia por la UNED, graduado en Economía por la UPNA, Máster en Formación para el Profesorado de Secundaria por la UNIR. Docente de profesión, profesor en el CET Dianova Zandueta.

Pol Comellas Sáenz

Licenciado en Psicología por la Universidad de Barcelona y Máster en Psicología Social por la Universidad Complutense de Madrid. En el campo de estudio científico destaca el interés por la conjunción entre la psicología social y la psicología de la salud, en especial la psicología de las adicciones y los procesos de tratamiento y recuperación. En cuanto a eventos científicos, destaca la participación en el IV Congreso Internacional de la Sociedad Científica Española en Psicología Social (SCEPS) y la Intervención en la Semana de la Ciencia de la Comunidad de Madrid (2020).

Elena Cruz-Baena

Psicóloga general sanitaria en formación (Universidad internacional de la Rioja), especialista en los trastornos de la conducta alimentaria con máster en intervención psicológica en trastornos de la conducta alimentaria y la obesidad (Universidad de Barcelona). En la actualidad es miembro del equipo de investigación y evaluación psicología de Ita-Especialistas en salud mental.

Jorgelina Di Lorio

Dra. en Psicología. Coordinadora del área de Intervención de Intercambios Asociación Civil. Investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina (CONICET) Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, Argentina. Profesora adjunta Interina de Psicología Social, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Docente de grado y posgrado en diversas universidades nacionales en temas de vulnerabilidades sociales, consumos problemáticos e intervenciones comunitarias. Integra Comité Editorial de diversas revistas científicas. Cuenta con publicaciones nacionales e internacionales.

Isabel Ecay Moreno

Graduada en Trabajo Social en la Universidad Pública de Navarra. Educadora Social en el Centro Educativo Terapéutico Zandueta (Asociación Dianova).

Diego Eguiluz Mateos

Psicólogo General Sanitario y Máster en Neuropsicología clínica. Experiencia en el tratamiento residencial de personas con trastorno mental grave, trastornos graves de la conducta y trastornos por dependencia a sustancias tóxicas. Psicologo en el centro Dianova Zandueta.

Karla Fernández

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de Costa Rica, y Máster en Prevención y Tratamiento de Adicciones, Universidad de Salamanca. Se desempeñó como profesora universitaria de Anatomía, Fisiología y Dietoterapia en la Universidad Hispanoamericana de Costa Rica; y actualmente es profesora en la Facultad de Psicología de la USAL. Creó el Programa de Enfermedad Renal Crónica y la Unidad de Diálisis Peritoneal en Cañas, Costa Rica. Fundó el grupo de autoayuda: "Diabéticos Anónimos". Coordina el Programa de Psiquiatría Comunitaria y la Clínica de Cese de Tabaco del Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica (HNP). Ejerció como coordinadora en estudios clínicos, y en la actualidad es la Vicepresidenta del Comité Ético Científico del HNP.

Jordi García Rodríguez

Psicólogo. Especializado en psicología social, política y cultural. Voluntario en Reducción de Riesgos (*Energy Control*) desde 2014 y con experiencia en salas de Reducción de Daños. En 2018 como técnico de Energy Control para realizar intervenciones a adolescentes en ocio nocturno y formaciones a institutos. A partir de 2019 hasta la actualidad, como responsable de *Chem-Safe*, proyecto que atiende al *Chemsex* desde la Gestión de Placeres y Riesgos, diversas formaciones a profesionales y personas usuarias. Portavoz de ABD en los medios de comunicación, siendo referente sobre los temas asociados al uso sexualizado de sustancias. Miembro del Grupo de Trabajo de *Chemsex* de ABD.

Antoni Grau

Director Clínico del Grupo ITA, Director del Máster en Intervención psicológica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y la Obesidad (Universitat de Barcelona), Director del postgrado Modelo Integrado de tratamiento en los Trastornos de la Conducta Alimentaria y la Obesidad (Universitat de Barcelona), Director del postgrado Entrenamiento en la práctica clínica de los trastornos de la Conducta Alimentaria y la Obesidad (Universitat de Barcelona) Vocal de la junta directiva de la Asociación Española para el Estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (AEETCA). Vocal de la junta directiva del Clúster de Salut Mental de Catalunya. Miembro de la Academy for Eating Disorders (AED).

Gisela Hansen Rodríguez

Doctora en Psicología clínica especializada en adicciones, salud mental y violencia, cuya tesis se centra en el estudio

de barreras de género en el acceso y la permanencia en los programas de adicciones y la prevalencia de violencia de género en el ámbito de la pareja en las comunidades terapéuticas. Coordinadora técnico-terapéutica de la Asociación Dianova. Profesora del Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología de la Universidad de Barcelona. Máster en investigación de Psicopatología del adulto y patología dual. Máster en psicopatología clínica infantojuvenil. Amplia experiencia en tratamiento residencial de adicciones. Investigadora en el grupo "Comportamiento, estilos de vida y salud en mujeres" de la Facultad de Psicología UAB. Miembro de la junta directiva de la Federación Catalana de Drogodependencias. Miembro del grupo de Conductas Adictivas del COPC.

Fabián Luján Acevedo

Licenciado en Sociología y Diplomado en "Estudios de la Violencia de Género". Máster en Autoconocimiento, Sexualidad y Relaciones Humanas en Terapia de Reencuentro. Experto en Coordinación de Grupos Comunitarios para la salud en Terapia de Reencuentro (Universidad de Alcalá de Henares). Pertenece al Instituto de Terapia de Reencuentro y colabora con UNAD, CECOMAS, GPyF, etc. Es coordinador de grupos de hombres, formador para equipos de profesionales de la intervención social y docente. Lleva veinte años trabajando en el ámbito de las relaciones de género desde una mirada feminista, especializándose en las implicaciones que la perspectiva de género supone para los hombres como agentes de intervención y transformación social y con el objetivo del cambio masculino para unas relaciones de equivalencia existencial con las mujeres, con otros hombres y consigo mismos.

Patricia Martínez Redondo

Antropóloga y Educadora Social, Máster en Estudios Interdisciplinares de Género. Desde 1995 trabaja en el ámbito de las drogodependencias, violencia e intervención socioeducativa. Desde 2005 también imparte formación en género y adicciones a profesionales. Actualmente es colaboradora de diversas entidades públicas y privadas como la UNAD, la FAD, el Instituto de Adicciones de Madrid Salud, Fundación Salud y Comunidad, etc., trabaja como experta en perspectiva de género y adicciones, violencia, intervención socioeducativa y acompañamiento terapéutico en grupos, desarrollando formación a profesionales, investigación y consultorías. También dinamiza grupos de mujeres y de hombres desde perspectiva de género. Más información: http:/generoydrogodependencias.org

Irene Matés

Psicóloga sanitaria por la Universidad de Barcelona (UB), con prácticum clínico y de investigación en el Hospital Moisés Broggi. Ha colaborado en las líneas de investigación de Adicción y Patología Dual y de Obesidad y Neuroimagen del Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología de la UB. De su participación en proyectos de investigación, es coautora del artículo "El volumen de los ganglios basales predice el rendimiento en velocidad de procesamiento en adolescentes con obesidad" (revista Discapacidad, Clínica y Neurociencias).

Paula Medrano Chapinal

Psicóloga. Máster en Psicología Social y Grado en Ciencias Políticas y de la Administración por la Universidad Complutense de Madrid. Sus principales intereses investigadores se centran en los estudios sobre redes sociales y adicciones. Actualmente se dedica a la docencia.

Aldana Menéndez Ramírez

Trabajadora social y Antropóloga. Desde el año 2004 dedicada al estudio, la formación e intervención en el ámbito de la salud sexual con personas usuarias de drogas, mujeres y jóvenes. Especializada en perspectiva de género e interculturalidad en el ámbito de la educación y la salud sexual. Coordinadora de programas de prevención, sensibilización y atención en el ámbito del VIH/sida. Responsable del área de salud sexual y VIH de ABD. Miembro del Grupo de Trabajo de Chemsex de ABD. Coordinadora de la Comisión de VIH y Exclusión Social de Cataluña (ECAS).

Antonio Jesús Molina Fernández

Psicólogo general sanitario y antropólogo social. Profesor en el Departamento de Psicología Social, del Trabajo y Diferencial de la UCM. Colaborador en masters oficiales sobre adicciones (con y sin sustancia) y adolescentes en riesgo. Ha sido director, coordinador, supervisor y evaluador de centros, programas y redes de intervención en adicciones, tanto de recuperación como de reducción del daño, incluyendo servicios de cuidados y para personas con patología dual. Formador, investigador y evaluador en proyectos y foros internacionales (DG Justicia, Comisión Europea, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Civil Society Forum on Drugs).

Laura Moreno Rozas

Psicóloga/Psicoterapeuta con experiencia en el ámbito clínico desde el año 2003 y habilitada para la práctica clínica. Máster/Especialista en Adicciones, Clínica Psicoanalítica con Niños, Adolescentes y Adultos, Terapia Multifamiliar, Psicología General Sanitaria y el Abordaje Integrado de la Salud Sexual y los problemas de Consumo de Drogas en el contexto del *Chemsex*. Ha trabajado en la red pública de drogas de la Comunidad Autónoma de Madrid durante 13 años, desde 2011/ hasta la actualidad con consulta privada, y ejerciendo actualmente, desde 2018, como Coordinadora del Área de Drogas y Adicciones Comportamentales en ABD-Madrid. Miembro del Equipo de Trabajo en *Chemsex* de ABD.

Ricardo Pérez Martín

Psicólogo general sanitario (Universidad de Barcelona), máster en terapia cognitivo social (Universidad de Barcelona), máster en terapia sexual y de pareja (Universidad de Barcelona). En la actualidad es miembro del equipo de investigación y evaluación psicológica, así como psicoterapeuta en Ita-Especialistas en salud mental.

María Pía Pawlowicz

Licenciada en Psicología y Máster en Salud y Ciencias Sociales. Coordinadora del Área de Investigaciones de Intercambios Asociación Civil (Argentina). Investigadora y profesora de grado y Posgrado en la Universidad de Buenos, en la Universidad Nacional de Moreno, y en diversas Maestrías en temas de metodología, consumos problemáticos y géneros. Ex Directora Nacional de Investigación y Estadísticas de la SEDRONAR (Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico). Evaluadora de proyectos. Forma parte del Comité Editorial de diversas revistas científicas. Cuenta con publicaciones nacionales e internacionales.

Jana Senosiain Esparza

Directora del Centro Educativo Terapéutico Zandueta de la Asociación Dianova.

Maite Tudela Marí

Psicóloga. Trabaja en Grup Atra en la dirección e impulso de nuevos programas. Durante más de 20 años ha puesto en marcha y desarrollado servicios de tratamiento de las adicciones (comunidades terapéuticas, pisos de reinserción y otros) especializándose en los últimos 10 años en su rol de Directora del área de adicciones, género y familias de la Fundación Salud y Comunidad en programas de prevención y tratamiento de drogodependencias con perspectiva de género. Es miembro fundadora de la Coordinadora de Comunidades Terapéuticas, Pisos de Reinserción y Centros de Día para drogodependientes de Catalunya y Secretaria de la Federación Catalana de Drogodependientes.

Montserrat Vacas

Psicóloga clínica adjunta del Servicio de Psiquiatría del Hospital Moisés Broggi y profesora asociada médica de la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona desde 2015. Ha supervisado hasta la fecha 10 trabajos de fin de máster clínicos del máster de Psicólogo General Sanitario. Ha participado como miembro investigador en diversos proyectos o contratos, dos de ellos actualmente en curso, centrados en aspectos psicológicos y posibles marcadores de vulnerabilidad en pacientes con fibromialgia y diabetes tipo I.

SI QUIERES PARTICIPAR

Segundo semestre de 2021. Nº 39:

GUÍA PARA AUTORES Y AUTORAS

Es una publicación semestral editada por Asociación Dianova España, con el apoyo del Ministerio de Hacienda (AEAT) del Gobierno de España. La revista se edita 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 profesional e investigadora 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 ámbitos: educativo, académico, profesional, social, sanitario, etc.

POLÍTICA EDITORIAL DE LA REVISTA

Los textos serán enviados por correo electrónico a comunicacion@dianova.es, mediante fichero adjunto (documento elaborado en Microsoft Word). 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 doble espacio. 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 anexarse un resumen del artículo en español y en inglés, de cien (100) palabras máximo, y cinco (5) descriptores o palabras clave (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 Psychological Association (APA).

Los/as autores/as 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.

Asociación Dianova España se reserva el derecho de resumir los CV que se excedan de este espacio.

#HazteDonanteDianova

dianova

www.dianova.es

Rellena este cupón o llama al +34 91 468 87 65
o entra en www.dianova.es

Nombre:_____

Apellidos:_____

NIF:_____ Fecha de nacimiento:_____

Domicilio:_____

_____Código Postal:_____

Población:_____Provincia:_____

Correo electrónico:_____

Teléfono:_____Otro teléfono:_____

Importe	Periodicidad
☐ 10 € ☐ 20 € ☐ _____ €	☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual

De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos con carácter personal, tus datos forman parte de un fichero titularidad de Asociación Dianova España, declarado en el Registro General de Protección de Datos, creado con la finalidad de gestionar los donativos recibidos por la organización. Así mismo, tus datos serán utilizados por Asociación Dianova España para informarte sobre otras actividades de nuestra organización. Puedes ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación mediante comunicación escrita a Asociación Dianova España. Dpto. de Protección de datos, calle de Coslada 18. 28028 Madrid.

☐ No deseo recibir información de Asociación Dianova España

ENTIDAD BANCARIA PARA INGRESOS O TRANSFERENCIAS

Banco Santander: ES91 0049 5124 6126 1642 4646

(Por favor, envíanos el comprobante de la entidad bancaria)

Domiciliación bancaria

Titular de la cuenta:_____

NIF:_____

Número de cuenta:

Fecha:_____de_____de 201___

Firma:_____

Para cualquier consulta puedes dirigirte a: colabora@dianova.es
o llamando al +34 91 468 87 65. Asociación Dianova España
Calle de Coslada 15. 28028 Madrid