

infonova

> revista profesional y académica sobre adicciones

Respuestas sanitarias y sociales
a los problemas de drogodependencias



Financiado por:



MINISTERIO
DE SANIDAD, CONSUMO
Y BIENESTAR SOCIAL

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL
SOBRE DROGAS

dianova 

Financiado por:



ASOCIACIÓN DIANOVA ESPAÑA

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

Edición

Asociación Dianova España

Diseño y maquetación

Departamento de comunicación
corporativa y marketing social
Asociación Dianova España

Fotografías

Fernando Zhiminaicela, Pixabay.

Imprime

Diseño Sur, SCA.

Depósito Legal

M-5821-2014
ISSN 2341-2461

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

dianova |

Índice

EDITORIAL

Antonio J. Molina7

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS: PARTICIPACIÓN DE LA DELEGACIÓN DEL GOBIERNO EN EL 62º PERIODO DE SESIONES DE LA COMISIÓN NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES9

TIPOS DE DROGAS, PAUTAS DE CONSUMO, RESPUESTAS Y RETOS: EL PANORAMA EUROPEO

Comité técnico Dianova España11

LAS RESPUESTAS SANITARIAS Y SOCIALES DE DIANOVA A LAS NECESIDADES DE INTERVENCIÓN DE LOS SUBGRUPOS CON VULNERABILIDAD ESPECIAL

Antonio J. Molina27

EL MODELO DE LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS EN CATALUÑA

Comité técnico Dianova España (a partir de un material original de la Coordinadora de CC. TT., PP. RR. Y CC. DD. de Cataluña)37

LA REDUCCIÓN DE DAÑOS EN LA INTERVENCIÓN CON DROGAS: CONCEPTO Y BUENAS PRÁCTICAS

Comisión de Reducción de Daños de RIOD47

MUJER Y ADICCIONES. HACIA UN CAMBIO DE PERSPECTIVA

Elisabeth Ortega Suárez53

Índice

PROYECTO DE DECLARACIÓN MINISTERIAL SOBRE EL FORTALECIMIENTO DE LAS MEDIDAS ADOPTADAS A NIVEL NACIONAL, REGIONAL E INTERNACIONAL PARA ACELERAR EL CUMPLIMIENTO DE NUESTROS COMPROMISOS CONJUNTOS DE ABORDAR Y CONTRARRESTAR EL PROBLEMA MUNDIAL DE LAS DROGAS. Comisión de Estupefacientes	59
HAN COLABORADO EN ESTE NÚMERO.....	67
SI ESTÁS INTERESADO/A EN COLABORAR	69

EDITORIAL



Antonio J. Molina

Coordinador terapéutico
Asociación Dianova España

Actualmente, es un hecho incuestionable que la actual prevención e intervención en conductas adictivas -tanto de modelos orientados hacia la recuperación como de modelos de reducción del daño- se basan en evidencia científica. Esto significa que los actuales programas de prevención e intervención deben ser revisables, contrastables, visibles y adaptables a las necesidades de los grupos de personas que son atendidas en dichos programas. El número de INFONOVA que tiene usted en sus manos viene a reflejar la necesaria adecuación de las respuestas sanitarias y sociales que se ofrecen para resolver las problemáticas relacionadas con las conductas adictivas.

Entre las indicaciones que el Observatorio Europeo sobre Drogas y Toxicomanías/EMCDDA ha propuesto sobre estas temáticas, encontramos con rotundidad que *“las respuestas más adecuadas dependerán de los problemas específicos relacionados con las drogas, de los contextos en los que surgen y de los tipos de intervención posibles y socialmente aceptados”*.

Son estos aspectos acerca de los que versa este INFONOVA, coeditado con la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, intentando aportar una visión integral y científica a esta necesidad de respuestas visibles y contrastables.

Comenzamos con el artículo *“Tipos de drogas, pautas de consumo, respuestas y retos: el panorama europeo”*, en el que se contextualiza el fenómeno actual de las conductas adictivas en el continente europeo. El siguiente texto, *“Las respuestas sanitarias y sociales de Dianova a las necesidades de intervención de los subgrupos con vulnerabilidad especial”*, de Antonio Jesús

Molina, habla sobre los programas específicos de intervención que Dianova España desarrolla para los distintos perfiles de atención que encontramos en nuestros centros y programas.

Una actualización sobre *“El modelo de las comunidades terapéuticas en Cataluña”* muestra la evolución de una tipología de programa fundamental para entender la respuesta sanitaria y social ante las conductas adictivas en los últimos 40 años. A continuación, la Comisión de Reducción de Daños de la Red Iberoamericana de ONG que trabajan en Drogas y Adicciones (RIOD) presenta el artículo *“La reducción de daños en la intervención con drogas: concepto y buenas prácticas”*.

Dentro de la temática de Género y drogodependencias, Elisabeth Ortega Suárez, en representación de la Red de Atención a las Adicciones (UNAD), escribe *“Mujer y adicciones. Hacia un cambio de perspectiva”*, aportando una interesante continuación al anterior número de INFONOVA dedicado, precisamente, a Género y Adicciones.

Finalmente, por su interés, incluimos la nota del PNSD sobre el *Proyecto de declaración ministerial sobre el fortalecimiento de las medidas adoptadas a nivel nacional, regional e internacional para acelerar el cumplimiento de nuestros compromisos conjuntos de abordar y contrarrestar el problema mundial de las drogas*, elaborado por la Comisión de Estupefacientes en la última Comisión on Narcotic Drugs de UNODC, texto que ofrecemos en su integridad al final del presente número.

Una vez más, hablamos de temas importantes, necesarios y actuales que deben ser abordados si queremos seguir mejorando la calidad de la atención, la adecuación de los recursos y la eficacia de los tratamientos para todas las personas que presentan problemas con las conductas adictivas.

PARTICIPACIÓN DE LA DELEGACIÓN DEL GOBIERNO EN EL 62º PERIODO DE SESIONES DE LA COMISIÓN NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES (14-22 marzo 2019. ONUDD. VIENA)

Adoptada la Declaración Ministerial 2019-2029 en el 62º periodo de sesiones de la Comisión Nacional de Estupefacientes ONUDD

El Director Ejecutivo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito ha destacado la importancia de compartir los retos y las soluciones para establecer una acción colectiva ante el problema de las drogas. En la misma se destaca el compromiso a adoptar **un enfoque del problema mundial de las drogas equilibrado, integrado, amplio, multidisciplinario y basado en datos científicos**.

En este sentido, resaltar que la **Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024** establece como misión ser un referente científico en adicciones. Ciertamente, las políticas deben estar basadas en la evidencia científica, además de estar inspiradas en los principios de salud pública, género, equidad y derechos humanos.

La Comisión sobre Narcóticos de la ONU (*Commission on Narcotic Drugs, CND*), el órgano que marca las políticas internacionales en materia de droga, reunida en su sesión 62, ha adoptado una nueva declaración ministerial que promueve “una sociedad libre del abuso de drogas” y “trabajar para eliminar” el cultivo, producción, tráfico y consumo de estupefacientes. Se trata de la hoja de ruta de la comunidad internacional, el documento de política de la acción de las Naciones Unidas en este campo y que sustituye a la presentada hace diez años.

Pese a que esta declaración es continuista respecto a la declaración y plan de acción de 2009 del mismo órgano, y que ha regido la lucha contra las drogas hasta ahora, incluye algunas novedades como es el reconocimiento del fracaso de los objetivos de la pasada década. También destaca la necesidad de respetar los derechos humanos y ofrecer tratamiento adecuado a los consumidores de drogas. Las políticas en este campo están bajo lupa debido al debate creado sobre la respuesta que la comunidad internacional ha dado al tema de las drogas y al enfoque “prohibicionista” que ha dominado las políticas antidroga desde la segunda mitad del siglo XX resquebrajándose.

En 2009, los Estados miembros de la Comisión de Narcóticos acordaron “eliminar o

Financiado por:



SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL
SOBRE DROGAS

dianova | 

reducir considerablemente” la oferta, la demanda (a producción y el tráfico) y el consumo de drogas hasta 2019, algo que ha estado muy lejos de alcanzarse. El mercado de las drogas, tanto las tradicionales como las sintéticas, está ahora en máximos históricos y hay más consumidores y muertes relacionadas con su consumo, como reconocen las Naciones Unidas. La nueva declaración ministerial es menos rotunda en sus objetivos y menciona la necesidad de colocar la salud y el bienestar de las personas en el centro de la lucha contra las drogas.

TIPOS DE DROGAS, PAUTAS DE CONSUMO, RESPUESTAS Y RETOS: EL PANORAMA EUROPEO

RESUMEN

Dentro de la intervención sociosanitaria en problemas con las conductas adictivas, las respuestas sanitarias proporcionadas por los servicios a los diferentes perfiles de consumidores son fundamentales para reducir los principales riesgos epidemiológicos y sociales de las conductas adictivas además de para mejorar la calidad de vida de las personas que presentan problemas con dichas conductas. Dentro de los tipos de drogas consumidas encontramos diferentes pautas de consumo en toda Europa, con las consabidas particularidades en los distintos países. Determinar programas adecuados a sus necesidades y problemas es fundamental para mejorar la eficacia de las intervenciones y favorecer la reducción de las consecuencias más severas de dichos problemas.

PALABRAS CLAVE

Modelo biopsicosocial, Tipos de droga, Pautas de consumo; Respuesta sociosanitaria, Retos europeos.

ABSTRACT

Into health and social intervention in addictive behaviours problems, public health responses given by services to different pattern of users is fundamental to decrease principal epidemiological and social risks of addictive behaviours, and to increase quality of life to the people who present problems with these behaviours. About types of drugs we can find different patterns of consumption all around Europe, with differences between countries. To determinate adequate programs adapted to their needs and problems is fundamental to increase efficacy of interventions and to promote the decrease of severity of consequences with these problems.

KEY WORDS

Biopsychosocial model; Types of drugs; Patterns of consumption; Social and health response, European challenges.

INTRODUCCIÓN

Los problemas asociados al consumo problemático de cannabis, la dependencia de los opioides, los problemas relacionados con el consumo de estimulantes, las nuevas sustancias psicotrópicas y el consumo y policonsumo indebido de medicamentos se perfilan como algunos de los grandes desafíos a los que tiene que enfrentarse la Unión Europea (UE) en materia de drogas. El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) ha abordado estas y otras cuestiones en su guía *Respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas: una guía europea*. Este nuevo informe constituye un componente importante de las actividades de la agencia en este ámbito y brinda un marco de referencia y actuación para los países de la UE, entre ellos, por supuesto, España. *“Mediante la presentación de una visión general de los últimos avances en este campo y el acceso a información más detallada y a herramientas prácticas, el informe, junto con los recursos digitales complementarios, brinda apoyo tanto a los responsables políticos como a los profesionales sanitarios que trabajan para mitigar las consecuencias sociales y sanitarias del consumo de drogas”* (EMCDDA, 2019, p.5).

Pero ¿cuáles son los problemas derivados ante determinados tipos o pautas de consumo de drogas en la Unión Europea y cuáles pueden ser las respuestas sociales y sanitarias más adecuadas a estos problemas? Vamos a verlos en cada uno de los diferentes tipos de drogas que aborda este documento del EMCDDA, que asimismo pone en relieve la importante labor desempeñada por el Sistema de Alerta Temprana de la UE para detectar y responder a riesgos sanitarios relacionados con el consumo de sustancias.

1. CANNABIS

Al cannabis le corresponde el *honor* de ser actualmente la droga ilegal más consumida no solo en Europa sino a escala mundial. Se estima que

unos 17,1 millones de jóvenes europeos (de 15 a 34 años), o el 13,9 % de este grupo de edad, consumieron cannabis el año pasado. Esta estimación quiere decir que estamos hablando de 10 millones de jóvenes de 15 a 24 años (17,7 % de este grupo de edad).

Aunque el consumo de cannabis es a menudo experimental, y normalmente solo dura un período de tiempo reducido de la edad adulta temprana, una minoría de consumidores desarrollan pautas problemáticas y más persistentes de consumo de cannabis, y estos problemas están estrechamente relacionados con el consumo habitual, prolongado y de cantidades elevadas.

Estos resultados se acentúan si los consumidores empiezan a consumir habitualmente en la adolescencia, cuando el cerebro es joven y aún se está desarrollando. Los riesgos pueden aumentar con el consumo de productos de cannabis más potentes, sobre los que presentan altas concentraciones del componente psicoactivo, el tetrahidrocannabinol (THC), y menores concentraciones de otro componente, el cannabidiol (CBD).

En Europa, el método más común para consumir cannabis es fumado y mezclado con tabaco. Esto conlleva riesgos sanitarios adicionales, y la dependencia de la nicotina también puede dificultar aún más el tratamiento. Además, apunta hacia la necesidad de analizar de manera más holística las políticas y las respuestas relacionadas con el cannabis y el tabaco, una droga legal cuyo consumo también presenta repuntes importantes entre la juventud europea en los últimos años.

1.1. Objetivos de la respuesta

Los objetivos principales de las respuestas sanitarias y sociales para abordar el consumo de cannabis y los problemas asociados deberían incluir:

1) *Prevenir el consumo, o demorar su comienzo desde la adolescencia hasta los primeros años de la edad adulta.*

2) *Prevenir que el consumo de cannabis pase de ocasional a regular.*

3) Reducir los modos de consumo nocivos.

4) Ofrecer tratamiento a las personas cuyo consumo de cannabis ha pasado a ser problemático. (EMCDDA, 2019, p.37).

1.2. Jurisdicciones sobre el cannabis y la respuesta penal

Hay que tener en cuenta, además, que las consecuencias negativas para los jóvenes con antecedentes penales por infracciones de consumo o posesión suscitan la preocupación de algunos países, en que las sanciones penales pueden ser desproporcionadas respecto a los daños que causa el consumo de cannabis. Este es uno de los factores que impulsan la experimentación con diferentes modelos reguladores en el sector y deberían de favorecer que los responsables políticos estudiaran maneras de reducir la implicación de jóvenes consumidores de cannabis en el sistema judicial penal.

En este sentido, nos encontramos ante una serie de jurisdicciones de la UE que han reducido las sanciones por el consumo o la posesión de pequeñas cantidades de cannabis y, en algunos casos, por el cultivo de algunas plantas para el consumo personal. La mayoría de los países de la UE en la actualidad recurre a multas, advertencias y a la libertad vigilada a modo de sanciones por posesión de pequeñas cantidades de cannabis. La mayoría de estos cambios se derivan de modificaciones en las políticas de ejecución formales o informales relativas a la posesión, más que a cambios jurídicos a escala nacional.

Durante unos cuarenta años los Países Bajos han tolerado la venta al por menor de cannabis. Recientemente, los clubes sociales de cannabis españoles han producido cannabis para suministrarlo sin fines de lucro a sus miembros. Estos clubes han proliferado y están apareciendo en otras partes de Europa. En muchos países europeos se han aprobado los medicamentos derivados del cannabis y, actualmente, el consumo de cannabis con fines médicos está permitido o tolerado en muchos Estados miembros.

1.3. La prevención de usos problemáticos del cannabis en Europa

Los programas de prevención universal basados en un manual, cuyo objetivo consiste en desarrollar competencias sociales y habilidades de rechazo, abordar las influencias sociales y corregir concepciones normativas erróneas sobre el consumo de drogas, son un componente central de los programas de prevención nacional en siete países de la UE. Los programas familiares de base empírica ofrecen ligeramente mayor disponibilidad. Otros países han priorizado otros enfoques de prevención, por ejemplo, medidas de prevención del entorno (EMCDDA, 2010).

Las respuestas de prevención selectivas para grupos vulnerables son comunes en los países nórdicos, Irlanda y en partes de España e Italia. Abordan tanto la conducta individual como los contextos sociales y, a escala local, a menudo involucran varios servicios y partes interesadas (servicios sociales, familia, jóvenes y policía). Los grupos objetivo a los que se atiende con más frecuencia son jóvenes delincuentes, estudiantes con problemas académicos o sociales y jóvenes en centros asistenciales (EMCDDA, 2014).

Poco se conoce sobre el contenido de estas estrategias de prevención y la evaluación de su eficacia es limitada. Las opiniones de expertos indican que las técnicas más habituales se basan en el suministro de información. La prestación de prevención indicada para individuos en riesgo es limitada en Europa, ya que solo cuatro países señalan que estos programas están disponibles para la mayoría de las personas que los necesitan.

El coste relativamente reducido de las intervenciones breves y el hecho de que puedan prestarse en varios entornos y por diversos profesionales tras una breve formación las hacen interesantes, a pesar de que también poseen características muy variadas. Algunos ejemplos que se han aplicado en varios países europeos incluyen eSBIRT, que proporciona intervenciones breves en los servicios de urgencias; Preventure, un programa para alumnos cuyos rasgos de carácter se consideran de riesgo; y Fred, que trabaja con jóvenes que se encuentran en una fase temprana de un procedimiento penal.

A pesar de todo, parece que las intervenciones breves no han sido objeto de una aplicación a gran escala en Europa. Únicamente tres países notifican una prestación exhaustiva y completa de estas intervenciones en las escuelas y dos notifican este nivel de prestación en servicios de bajo umbral.

En Francia se han establecido centros especiales para jóvenes que consumen cannabis u otras sustancias psicotrópicas, y también para sus familiares, que pueden ser reacios a acceder a servicios de tratamiento tradicionales. Estos Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) están subordinados a los centros especializados en el tratamiento de las adicciones (CSAPA). Su misión es intervenir a tiempo, entre la prevención y el tratamiento.

El número de personas admitidas a tratamiento por primera vez por problemas relacionados con el cannabis en la Unión Europea pasó de 43.000 en 2006 a 76.000 en 2015. Desde 2009, el cannabis ha sido la droga principal más frecuentemente notificada entre los nuevos pacientes sometidos a tratamiento. Este incremento puede ser debido a diversos factores, entre ellos los cambios en el consumo de cannabis entre la población en general, especialmente el consumo intensivo; los cambios en las percepciones de riesgo; la mayor disponibilidad de productos de cannabis más potentes; y las variaciones en la prestación de tratamiento y la derivación. El sistema de justicia penal se ha convertido en una importante fuente de derivación al tratamiento por consumo de cannabis; en 2015 más de un cuarto de los consumidores de cannabis que empezaron un tratamiento por primera vez en Europa venía derivado del sistema de justicia penal, y en algunos países, esta proporción es significativamente superior.

1.4. El debate de la legalización

A diferencia de lo que pasa en la Unión Europea, en algunas partes de América se ha introducido una política de legalización del consumo recreativo de cannabis para adultos. Así, ciudadanos de ocho estados de Estados Unidos votaron para permitir la producción y la venta comercial de cannabis para el consumo recreativo de adultos (Colorado y Washington, 2012; Oregón y Alaska en 2014; y Ca-

lifornia, Massachusetts, Maine y Nevada en 2016). En esta línea, los votantes de Washington D. C. aprobaron una medida por la que se legalizaba el cultivo a domicilio, la posesión y la donación de cannabis, pero no los comercios minoristas. A esto tenemos que añadir que, en 2013, Uruguay se convirtió en el primer país que legalizaba el consumo de cannabis para adultos; y en 2017 el Gobierno federal de Canadá introdujo legislación con el fin de legalizar la producción comercial y la venta de cannabis para el consumo recreativo de adultos.

Quienes defienden la legalización sostienen que tiene grandes ventajas: limitará el acceso de los adolescentes al cannabis; mejorará la regulación de los productos de cannabis; reducirá la exposición de las personas consumidoras a drogas más dañinas; eliminará las sanciones penales por el consumo de cannabis; y generará ingresos fiscales que pueden utilizarse para prevenir y tratar los trastornos provocados por el consumo de cannabis. También declaran que se sabe muy poco sobre las consecuencias para la salud de los productos de elevada potencia que se suelen vender en los estados donde se ha legalizado.

Por el contrario, quienes se oponen a la legalización alegan que la normalización asociada del consumo de cannabis y la posible disminución de los precios incrementarán el número de consumidores de cannabis y el consumo intensivo de las personas consumidoras existentes y, por consiguiente, incrementarán todos los daños relacionados con el cannabis en la comunidad.

Pero ¿cuáles pueden ser los posibles efectos de la legislación del cannabis? El EMCDDA asegura en *Respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas: una guía europea* que es demasiado pronto para extraer conclusiones sólidas sobre las consecuencias de la legislación del cannabis, pero que deben supervisarse los posibles efectos positivos y negativos:

- 1) cambios de los niveles o las pautas de consumo de cannabis;
- 2) visitas a urgencias por intoxicaciones accidentales de niños; intoxicación de adultos por consumo de cannabis; y cuadros graves de vómitos en consumidores empedernidos;

3) *búsqueda de tratamiento por el consumo de cannabis de adultos y adolescentes, y fuentes de derivación;*

4) *accidentes de vehículos motorizados, en total y aquellos en que el alcohol y el cannabis están involucrados;*

5) *cambios relacionados en el consumo y los daños asociados a otras sustancias psicotrópicas controladas y reguladas (incluidos alcohol, tabaco, medicamentos y drogas ilegales, como opioides) para evaluar el impacto global en la salud pública;*

6) *costes asociados a los diferentes enfoques (incluidos costes del sistema de justicia penal, el impacto en la delincuencia y los costes de la regulación del mercado). (EMCDDA, 2017).*

2. OPIOIDES

El consumo de opioides por vía intravenosa, en particular la heroína, ha representado el mayor problema suscitado por las drogas durante los últimos cuarenta años en numerosos países europeos. La heroína sigue siendo el opioide ilegal más consumido en Europa y puede fumarse, esnifarse o administrarse por vía parenteral. Es destacable señalar que el uso indebido de opioides, aparte de la heroína, como la metadona, la buprenorfina y el fentanilo, podría estar aumentando. De hecho, en tres países estos fueron los opioides consumidos en mayor medida por personas que iniciaron un tratamiento en 2015: fentanilo en Estonia y buprenorfina en Chequia y Finlandia.

Se estima que la prevalencia del consumo de opioides de alto riesgo en personas adultas (de 15 a 64 años) en Europa es de un 0,4 % de la población de la UE, lo que equivale a 1,3 millones de personas. Sin embargo, la prevalencia varía significativamente de un país a otro, con estimaciones que oscilan entre menos de 1 caso y más de 8 casos por 1.000 habitantes de entre 15 y 64 años.

Aunque la prevalencia del consumo de opioides ilegales es muy inferior a la del consumo de otras drogas, los opioides causan una cantidad desproporcionada de daños relacionados con las drogas, entre ellos:

1) elevados índices de dependencia, a menudo asociada al desempleo, a actos delictivos para conseguir dinero con el que comprar drogas, a la indigencia y la exclusión social;

2) numerosas muertes relacionadas con los opioides, en particular por sobredosis;

3) “lugares públicos de consumo de drogas” y delitos relacionados con las drogas que deterioran determinadas zonas; y

4) la propagación del VIH, la hepatitis vírica y otras infecciones por el uso compartido del material inyectado.

Las personas consumidoras principalmente de opioides representan una amplia proporción de las sometidas a tratamiento por drogodependencia. El consumo problemático de opioides también está asociado al estigma, a la exclusión y a las desventajas sociales, y superar una adicción y reinserarse en la comunidad suele requerir tratamiento a largo plazo y múltiples episodios de tratamiento (UNODC, 2012).

En general, los datos disponibles indican que actualmente el número de personas que empiezan a consumir heroína, especialmente por vía parenteral, es menor que en el pasado. Sin embargo, muchos consumidores/as de opioides a largo plazo en Europa practican el policonsumo, y en la actualidad tienen entre 40 y 50 años de edad.

El consumo prolongado de drogas por vía parenteral, una salud deficiente, las condiciones de vida precarias y el consumo concomitante de tabaco y alcohol hacen que estas personas sean propensas a sufrir problemas de salud crónicos, como enfermedades cardiovasculares, respiratorias o hepáticas.

2.1 Objetivos de la respuesta

Las respuestas que abordan la dependencia de opioides tienen por objeto implicar a drogodependientes en un tratamiento y prestar otro tipo de apoyo con el fin de tratar sus múltiples problemas psicosociales y problemas crónicos de salud, así como para reducir la exclusión social (UNODC, 2012). Superar su dependencia de los opioides

suele ser un objetivo del tratamiento a largo plazo más que del tratamiento inmediato. Los servicios de reducción de daños, como los programas de intercambio de agujas y jeringuillas, también desempeñan un papel importante a la hora de involucrar a los drogodependientes de opioides en los servicios y de tratar los daños relacionados con los opioides, como las sobredosis (NIDA, 1997).

2.2. Las respuestas en Europa

Las personas consumidoras de opioides son el mayor grupo en el tratamiento por drogas especializado, aunque varían de un país a otro. Por ejemplo, mientras que la amplia mayoría de las personas admitidas a tratamiento en Estonia consumían opioides, en Hungría representaban menos del 5 %. En 2015, 191.000 pacientes participaron en el tratamiento de la adicción especializado en Europa, y sus drogas primarias eran opioides; 37 000 de estos pacientes entraban en tratamiento por primera vez, y la mayoría de ellos (79 %) consumía principalmente heroína.

La mayor parte de los tratamientos para las personas con dependencia de opioides en Europa se prestan en régimen ambulatorio, principalmente en servicios especializados en el tratamiento de las drogas. Los servicios de umbral bajo, la asistencia sanitaria general, la asistencia en salud mental y los médicos de atención primaria desempeñan un papel importante en algunos países. La asistencia en régimen de internamiento es menos frecuente, pero sigue siendo importante respecto al número de personas tratadas en hospitales psiquiátricos, comunidades terapéuticas y centros de tratamiento residenciales especializados, todos utilizados para este fin.

En los centros de tratamiento en Europa se presta una gran variedad de servicios a los consumidores de drogas, y estos difieren según el centro. Esta complejidad, unida al tratamiento de la dependencia de opioides que suele ser a largo plazo, indica que la gestión del caso desempeña un papel importante a la hora de garantizar que los servicios cumplen las necesidades de cada individuo y que continúa involucrado en el tratamiento.

2.3. Sustitución de opioides y tratamiento residencial

Se estima que aproximadamente el 50 % de las personas con dependencia de opioides en Europa recibe algún tipo de tratamiento de sustitución (TSO). Las estimaciones nacionales varían entre el 10 % y el 80 %, lo cual muestra la heterogeneidad de la situación en Europa respecto a la cobertura del tratamiento y al hecho de que la prestación de tratamiento siga siendo insuficiente en muchas zonas de Europa.

Las investigaciones realizadas en 12 países europeos (ATOME, el proyecto de investigación del acceso a los opiáceos en Europa) analizaban los factores que pueden limitar la disponibilidad adecuada de los medicamentos opioides, incluidos los que se utilizan para el tratamiento de la dependencia de opioides. Los escollos jurídicos y normativos, las políticas restrictivas, los conocimientos limitados y las actitudes negativas, los costes y los criterios de inclusión reducidos; todos representan posibles obstáculos para conseguir niveles adecuados de prestación de tratamiento. Algunas barreras importantes para mejorar el acceso a la asistencia en algunos países eran las restricciones que limitaban el número de médicos que podían recetar medicamentos del TSO o el número de farmacias que podían dispensar estos productos.

En 2015, unos 630.000 consumidores/as de opioides recibieron TSO en la Unión Europea, desde 2010 esta cifra ha disminuido ligeramente (5 %) en general. Algunos países han mostrado reducciones más significativas durante este período, con cifras de TSO que disminuyeron más de una cuarta parte en España, Hungría, los Países Bajos y Portugal, por ejemplo. Al mismo tiempo, 14 países han ampliado la cobertura de tratamiento. Durante el mismo período, muchos países han presentado un aumento global de la edad de las personas que reciben TSO.

En cuanto a los diferentes enfoques de tratamiento residencial, en la mayoría de los países europeos los programas de tratamiento residenciales constituyen un importante elemento de las opciones de tratamiento y rehabilitación a disposición de las personas que consumen opioides.

El término “tratamiento residencial” engloba una serie de modelos de tratamiento en que las personas con problemas de drogodependencia conviven como una unidad terapéutica, normalmente en una comunidad o en un centro hospitalario. Tradicionalmente estos enfoques solían estar enfocados a la abstinencia; sin embargo, en la actualidad hay un creciente interés por integrar al TSO en este marco. Las directrices clínicas de base empírica y los estándares de servicio para garantizar la calidad del tratamiento residencial existen en la mayoría de los países en que este enfoque se utiliza con frecuencia. Los enfoques terapéuticos utilizados en los servicios de tratamiento residenciales, a menudo, incluyen el uso del modelo de los doce pasos o el modelo Minnesota y de intervenciones cognitivo-conductuales (Deacon, 2013).

El nivel de prestación de tratamiento residencial difiere de un país a otro. Más de dos tercios de los 2.500 centros en Europa se encuentran en solo 6 países, e Italia cuenta con el mayor número de centros (708). Los enfoques de tratamiento utilizados en servicios residenciales también varían en toda Europa. En 15 países, la mayoría de los programas residenciales utiliza el enfoque terapéutico comunitario.

Por lo general, las personas que ingresan en un tratamiento hospitalario son hombres de unos 30 años. Presentan más desventajas sociales que las personas que reciben tratamiento ambulatorio (nivel inferior de educación, condiciones de vida inestables y desempleo). Un poco menos de la mitad inicia el tratamiento por problemas principalmente con los opioides (principalmente la heroína).

2.4. Abstinencia, recuperación, reducción de daños y reinserción

La abstinencia del consumo de drogas ha sido el objetivo habitual a largo plazo en la mayoría de los tratamientos de las adicciones. El término “recuperación” en el ámbito de la adicción se había usado tradicionalmente en el marco del movimiento “de los doce pasos”. Más recientemente, la “recuperación” se ha concebido como un proceso que consiste en alcanzar el control voluntario de

sustancias y en trabajar para conseguir resultados positivos en muchos ámbitos de la existencia. El concepto actual de “recuperación” se yuxtapone con el de la reinserción social y exige muchas intervenciones semejantes, como los programas de formación y ayuda para el empleo y provisión de una vivienda (UNODC, 2012).

La aparición del VIH/sida en los años ochenta del pasado siglo llevó a los servicios a centrarse en la reducción de daños y es el origen de este concepto que ha cobrado nueva actualidad con estrategias que apuestan por un enfoque humanitario en el tratamiento. En la actualidad, por tanto, nos encontramos en un nuevo debate sobre el papel relativo de los objetivos de la abstinencia y la recuperación junto con la reducción de daños, en sus nuevas acepciones (Iraurgi y Laespada, 2009).

Hay que tener en cuenta que las personas consumidoras de opioides se encuentran entre los grupos cuyos objetivos de tratamiento son más difíciles de alcanzar, en especial para aquellos que reciben un TSO a largo plazo, que suelen presentar altos niveles de morbilidad y una integración social deficiente. La recuperación, si se observa desde el punto de vista del empleo a tiempo completo, una buena salud, etc., puede no ser un objetivo factible para esta población envejecida prematuramente y que sigue envejeciendo. Muchas de estas personas nunca han tenido un empleo y, por ello, es muy difícil integrarlas en el mercado laboral. Muchas sufren problemas de salud a largo plazo que los servicios, que trabajan para conseguir la mejor calidad de vida para este grupo de consumidores/as de drogas marginado y estigmatizado, deben tener en cuenta.

Para lograr mejores resultados para este grupo es posible que deban volver a analizarse los objetivos del tratamiento de la drogodependencia, que deben considerarse complementarios en lugar de contrapuestos. Una orientación hacia la reducción de daños puede ser muy apropiada en las primeras fases del TSO a fin de disminuir el riesgo y fomentar el compromiso. Una vez alcanzada la estabilización en el TSO, la prioridad a largo plazo puede pasar a ser la reinserción y la recuperación con el fin de permitir alcanzar una mejor calidad de vida y un mayor rango de objetivos.

Quienes empiezan un tratamiento presentan antecedentes variados, problemas diferenciados y recursos distintos a los que recurrir, que probablemente variarán con el tiempo. Por esta razón, los objetivos del tratamiento y los servicios de apoyo prestados deben ser personalizados y deben revisarse regularmente.

3. COCAÍNA, MDMA, ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS

La cocaína es la droga estimulante ilegal más consumida en Europa (63.000 personas solicitaron tratamiento por su consumo en Europa en 2015), y la mayoría de los casos se producen en España, Italia y el Reino Unido. Entre las personas consumidoras habituales de cocaína, puede hacerse una clara distinción entre quienes están más integradas en la sociedad, que suelen esnifar polvo de cocaína (clorhidrato de cocaína), y quienes sufren marginación, que, probablemente, se administran cocaína por vía parenteral o fuman crack (base de cocaína), y, a veces, junto con opioides.

En muchos países, el consumo del estimulante MDMA (a menudo comercializado como “éxtasis”) disminuyó desde su punto máximo a principios del siglo XXI. En los últimos años, algunas fuentes de control han señalado que tanto el consumo como el contenido medio de MDMA en las pastillas han aumentado. Las elevadas cantidades de MDMA en algunas pastillas se han vinculado a daños y muertes.

En Europa se consumen anfetamina y metanfetamina, dos estimulantes estrechamente relacionados, aunque el consumo de la primera es más frecuente que el de metanfetamina.

Los estimulantes pueden consumirse junto con alcohol y otras drogas ilegales. Algunas de estas combinaciones, por ejemplo, la cocaína y el alcohol, pueden aumentar los riesgos para la salud. Los consumidores/as de estimulantes puede que también consuman otras drogas para controlar los efectos secundarios negativos del consumo y para ayudar a inducir el sueño. Entre estas drogas se incluyen el alcohol, el cannabis y las benzodiazepinas. Las personas consumidoras más problemáti-

cas puede que consuman opioides con esta misma finalidad. Este policonsumo de sustancias puede exponer a riesgos adicionales. Por esta razón, las respuestas en este ámbito a menudo deberán considerar las interacciones entre el consumo de estimulantes y otras drogas.

3.1. Opciones de respuesta

El consumo de estimulantes suele darse en contextos recreativos, como en locales de vida nocturna o festivales de música. Las personas que sufren problemas graves derivados del consumo de estimulantes pueden pedir ayuda en los servicios médicos de urgencias. Las intervenciones proporcionadas dependerán de los síntomas que se señalan, pero una intervención médica o psicológica breve suele ser suficiente. No obstante, es importante que los servicios de urgencias sean conscientes de que puede ser necesario derivar al paciente para un tratamiento adecuado, la reducción de daños o a servicios de salud sexual. El potencial de los estimulantes para causar o agravar los problemas cardiovasculares también implica que las personas que responden a las urgencias cardiovasculares deberán tener en cuenta el papel que el consumo de drogas desempeñó en el episodio (NIDA, 1997).

Existe la posibilidad de facilitar material informativo sobre prevención o reducción de daños a jóvenes en entornos recreativos. Estas actividades pueden estar respaldadas por sitios web y aplicaciones que faciliten información más detallada sobre drogas, alcohol, daños relacionados, así como consejos sobre cómo evitarlos (EMCDDA, 2010).

Las estrategias ambientales incluyen medidas orientadas hacia los factores que promueven el consumo excesivo (por ejemplo, descuentos en bebidas, música estridente y malas prácticas de servicio) o que crean espacios y locales más seguros (por ejemplo, reducir las aglomeraciones, ofrecer salas de descanso y agua gratis, servir comida, aplicar normas de conducta y de acceso).

Los servicios de control de drogas (en ocasiones denominados “análisis de pastillas”) permiten analizar químicamente las drogas sintéticas de

los consumidores de forma individualizada y facilitarles información sobre la composición de las muestras, así como recomendaciones y, en algunos casos, asesoramiento o intervenciones breves.

3.2. Las respuestas europeas

En 2015, España, Italia y el Reino Unido concentraban tres cuartas partes (74 %) de los pacientes que iniciaban tratamiento relacionado con la cocaína en Europa. Como se ha dicho ya, la cocaína era la droga principal para cerca de 63.000 pacientes que iniciaron tratamiento de la drogodependencia especializado, de los cuales unos 28.000 eran pacientes nuevos. Tras un período de descenso, el número total de consumidores de cocaína que inician tratamiento por primera vez se ha mantenido estable desde 2012. En 2015, 7.400 pacientes que empezaron un tratamiento en Europa comunicaron que su droga de consumo principal era el crack. El Reino Unido contabilizaba casi dos tercios de estos pacientes (4.800), y España, Francia y los Países Bajos juntos (1.900) casi el resto.

Unos 34.000 pacientes que iniciaron tratamiento de drogodependencia especializado en Europa en 2015 citaron las anfetaminas como droga principal; de ellos, unos 14.000 recibían tratamiento por primera vez. Los consumidores de anfetamina como droga principal representaban más del 15 % de los pacientes que iniciaban tratamiento por primera vez en Alemania, Bulgaria, Finlandia, Letonia y Polonia. Los consumidores que iniciaban tratamiento por problemas relacionados con el consumo de metanfetamina como droga principal se concentraban en Chequia y Eslovaquia; juntos representaban el 90 % de los 9.000 consumidores de esta droga que iniciaron tratamiento especializado en Europa.

En general, el número de consumidores que iniciaron tratamiento por primera vez y que refirieron la anfetamina o la metanfetamina como droga principal aumentó entre 2006 y 2015 en la mayor parte de los países. Deben controlarse las tendencias respecto a la proporción de personas que consumen anfetaminas por vía parenteral, ya que el descenso del consumo por vía parenteral en

consumidores de otras sustancias no se ha apreciado en los consumidores de anfetaminas.

3.3. Los problemas de salud asociados al consumo de drogas estimulantes

Hay una prevalencia significativa de consumo de drogas, en particular de estimulantes, entre los usuarios de los servicios de salud sexual, y los problemas de salud sexual son frecuentes en las personas que reciben tratamiento por problemas de drogodependencia. Los vínculos entre la salud sexual y los problemas de drogodependencia pueden surgir de varias formas:

a) el consumo de drogas puede intoxicar y desinhibir y llevar a actividades sexuales no intencionadas (con o sin consentimiento) que resulten en consecuencias negativas, como el arrepentimiento, malestar psicológico, infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados;

b) algunas personas con problemas de drogodependencia pueden recurrir a trabajos sexuales para financiar su consumo de drogas, lo cual aumenta su riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual y de sufrir agresiones;

c) las drogas pueden consumirse antes o durante el sexo para mejorar el rendimiento y el placer sexual (“chemsex”), lo cual aumenta el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, de sufrir agresiones y de desarrollar drogodependencia; este modelo de comportamiento en algunos grupos de hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres resulta preocupante en algunos países;

d) las drogas pueden consumirse para lidiar con el malestar psíquico derivado de un problema de salud sexual, como el diagnóstico del VIH.

Las investigaciones aún no han identificado un modelo adecuado para los servicios, aunque están surgiendo nuevos modelos. En ausencia de una base empírica, es necesario empezar a recopilar datos mejores sobre el alcance del problema en los servicios de salud sexual y de tratamiento de la drogodependencia a fin de:

a) identificar personas con problemas relaciona-

dos con el consumo de drogas, como la dependencia, y la salud mental;

b) entender sus conductas de riesgo y necesidades de tratamiento;

c) comprender dónde vincular o integrar los servicios de salud sexual y de tratamiento de la drogodependencia puede ser ventajoso, por ejemplo, en servicios desarrollados en algunos países para hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres.

4. NUEVAS SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS

Las nuevas sustancias psicotrópicas son una amplia gama de drogas que no están controladas por las convenciones sobre control de drogas de las Naciones Unidas pero que pueden entrañar riesgos similares para la salud. Entre estas drogas se incluyen los cannabinoides sintéticos, los opioides, los estimulantes y los alucinógenos, así como una serie de otras sustancias. En los últimos años, las convenciones de las Naciones Unidas han controlado varias de estas sustancias, como GHB (gamma-hidroxitirato), GBL (gamma-butilolactona) y, más recientemente, mefedrona, así como algunos fentanilos y cannabinoides sintéticos. Dichas sustancias se incluyen en el mismo apartado de la guía EMCDDA porque presentan desafíos parecidos para desarrollar respuestas.

Durante los últimos diez años ha habido un gran aumento de la disponibilidad de nuevas sustancias psicotrópicas en Europa. Muchas de estas sustancias están destinadas a eludir las leyes en materia de drogas y se venden como sustitutos “legales” del cannabis, la heroína, la cocaína, las anfetaminas, la MDMA y las benzodiazepinas. Para mejorar su disponibilidad y atractivos, se han comercializado como “euforizantes legales”, “sustancias químicas para la investigación” y “complementos alimenticios”. También se venden nuevas sustancias en mercados ilegales de drogas con sus nombres de la calle o presentadas como drogas ilegales.

La gama de sustancias y productos nuevos ha

crecido, así como los grupos de consumidores/as. Al principio, la mayoría de estas personas buscaban experiencias y efectos nuevos (a menudo, denominados “psiconautas”) y grupos, como los seguidores de la música dance electrónica y las personas que frecuentan discotecas. Actualmente, el consumo incluye grupos más amplios de personas con fines recreativos, personas que quieren mejorar su imagen o su rendimiento en el trabajo, grupos vulnerables, como reclusos y personas sin domicilio, y consumidores/as de drogas de alto riesgo (Deacon, 2013).

4.1. Opciones de respuesta

Es fundamental saber qué nuevas sustancias psicotrópicas se venden y se consumen a fin de responder adecuadamente. Los sistemas de alerta temprana y sistemas de supervisión relacionados pueden desempeñar un papel central a la hora de identificar y responder a tiempo a los daños que surgen causados por nuevas sustancias.

Estos sistemas deben fundamentarse en datos sobre la identificación química de las nuevas sustancias por parte de redes de laboratorios forenses y toxicológicos relacionadas con las intoxicaciones y las incautaciones de la policía, así como deben utilizar información de una amplia gama de fuentes, incluidas la policía, los centros de toxicología, los departamentos de urgencias de los hospitales y las investigaciones forenses. Otras fuentes innovadoras de datos, como el análisis de aguas residuales, el análisis de residuos de drogas de las jeringuillas utilizadas y de las drogas recogidas en “contenedores de amnistía”, pueden tener potencial. Los servicios que analizan drogas también pueden apoyar a los sistemas de alerta temprana y proporcionar un canal de información, asesoramiento y breves intervenciones para los consumidores de nuevas sustancias psicotrópicas.

No obstante, hay una serie de desafíos a la hora de medir y supervisar el consumo y los daños de las nuevas sustancias psicotrópicas. Entre ellos, el gran número y la amplia variedad de diferentes tipos de sustancias disponibles, la velocidad a la que aparecen en el mercado, la falta de capacidad para detectar y notificar los daños graves (y

de relacionarlos con una sustancia en particular) y la limitada información sobre su farmacología y toxicología.

Evaluar la prevalencia y las consecuencias del consumo de nuevas sustancias psicotrópicas resulta complicado porque los consumidores, a menudo, están mal informados o ignoran las sustancias que han consumido. Las nuevas sustancias psicotrópicas pueden venderse en forma de mezclas, o como productos de marca, cuyos elementos constitutivos mudan con el tiempo, o en lugar de drogas controladas, o mezcladas con estas últimas. Esto también plantea desafíos para las respuestas a estas sustancias. Los jóvenes, a menudo en contextos recreativos como fiestas y festivales, que desconocen las nuevas sustancias psicotrópicas que están consumiendo y sus efectos, o si por error creen que son drogas «legales» y posiblemente «más seguras» que las drogas controladas, pueden estar menos capacitados para recurrir a las medidas de reducción de daños y para afrontar las consecuencias negativas.

4.2 Las respuestas europeas: el Sistema de Alerta Temprana de la UE

La fase de alerta temprana de la Decisión 2005/387/JAI del Consejo se conoce como “Sistema de Alerta Temprana de la UE sobre las nuevas sustancias psicotrópicas”. El EMCDDA y Europol son responsables de la ejecución de este Sistema de Alerta Temprana, que está compuesto por una red multidisciplinar de treinta sistemas de alerta temprana nacionales de los Estados miembros, Noruega y Turquía, Europol y sus redes policiales, la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), la Comisión Europea y otros colaboradores.

Los sistemas nacionales recopilan información sobre la identificación química de nuevas sustancias procedentes de redes de laboratorios forenses y toxicológicos. Estos laboratorios analizan muestras de incautaciones realizadas por agencias policiales y de investigaciones sobre intoxicaciones y muertes. También pueden incluir muestras de drogas recogidas de las personas que consumen, por ejemplo, en discotecas y fes-

tivales de música, o de una compra de prueba al vendedor. Estos datos se pueden complementar con información de las agencias policiales, los sistemas de asistencia sanitaria, las agencias de medicamentos, de informantes clave (como consumidores/as, propietarios/as y personal de las discotecas y organizadores/as de festivales) y con información de fuentes públicas (como informes de los medios de comunicación y foros de debate de consumidores en internet). Esto permite recopilar, evaluar y notificar rápidamente la información basada en acontecimientos sobre la aparición de nuevas sustancias y los daños causados por estas que tuvieron lugar a escala nacional al EMCDDA.

El EMCDDA reúne y analiza estos datos, así como los datos de otros sistemas de supervisión, a fin de detectar de manera rápida la aparición de nuevas sustancias y los daños asociados. Si la información recopilada sobre una sustancia nueva notificada exige una respuesta formal, entonces el EMCDDA y Europol realizan una investigación especial sobre la sustancia, de la cual se elabora un informe que se presenta a las instituciones europeas. Conocido como “informe conjunto”, el análisis que se proporciona en el informe es utilizado por los responsables políticos de la UE para determinar si es necesaria una evaluación de riesgos formal. Esto marca la fase final de la alerta temprana.

El segundo paso de la Decisión 2005/387/JAI del Consejo estipula una evaluación de los riesgos asociados a las nuevas sustancias. El componente de evaluación de riesgos respalda la toma de decisiones relativa a las nuevas sustancias psicotrópicas a escala europea, y aporta valor añadido a las acciones nacionales en este ámbito.

El proceso de evaluación de riesgos revisa los posibles riesgos sanitarios y sociales de la sustancia y las consecuencias de ponerlo bajo el control. También es necesaria una evaluación de la relación entre riesgos y beneficios de la nueva sustancia psicotrópica. Pueden tenerse en cuenta varios factores, entre ellos la cuestión de si la sustancia tiene usos legítimos, como posibles beneficios terapéuticos, usos industriales u otro valor económico.

Al final del proceso de evaluación de riesgos se elabora un informe sobre la sustancia, que contiene un análisis de la información disponible que incluye datos químicos y farmacológicos, la dependencia que puede generar y la propensión a su consumo indebido, los riesgos sanitarios y sociales, así como la participación del crimen organizado, y su producción y distribución. Desde 1997, el EMCDDA ha realizado veintidós evaluaciones de riesgos sobre nuevas sustancias psicotrópicas. La mitad se ha llevado a cabo los últimos tres años, lo cual muestra el crecimiento del mercado en los años recientes.

5. SEDANTES, HIPNÓTICOS Y OPIOIDES

El EMCDDA define habitualmente el uso indebido de medicamentos como “el consumo de un medicamento psicotrópico con o sin receta de un médico, claramente desviado de la práctica o las directrices médicas aceptadas, con fines de automedicación, recreativos o de mejora del rendimiento, incluido en el contexto del policonsumo” (EMCDDA, 2017). En general, incluimos en este apartado a los sedantes e hipnóticos -barbitúricos, benzodiazepinas e hipnóticos no benzodiazepínicos, como los “fármacos Z” (zaleplón, zopiclona, eszopiclona y zolpidem)-, los opioides (medicamentos analgésicos como vicodina, oxicodina y los fentanilos), y los estimulantes del sistema nervioso central para tratar el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

El uso indebido de los medicamentos sujetos a receta cada vez preocupa más en Europa, si bien parece ser mucho menos frecuente en este continente que en Estados Unidos, donde ha desencadenado un serio problema de salud pública. La información presentada por la European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus), que supervisa las visitas a urgencias relacionadas con las drogas en 15 hospitales (centinelas) de 9 países europeos, mostraba que en 2015 cerca de un cuarto de las visitas (24 %) involucraba el consumo indebido de medicamentos recetados o que no requieren receta médica (sobre todo, opioides y benzodiazepinas). El muestreo utilizado para este

ejercicio implica que esta cifra debe interpretarse con cautela. No obstante, sugiere que los medicamentos consumidos indebidamente pueden representar un problema que merece más vigilancia a fin de entender el alcance y las pautas de consumo indebido de medicamentos en Europa.

La mayoría de estos medicamentos se recetan según una práctica y unas directrices estándar, normalmente durante un período de tiempo limitado para aliviar el dolor, el insomnio o tratar una afección quirúrgica u otros traumatismos. El consumo de estos medicamentos puede generar problemas cuando las personas continúan consumiéndolos tras solucionar el problema original, cuando los consumen en exceso o aumentan las dosis terapéuticas y desarrollan tolerancia. Además, las personas a las que nunca se les había recetado estos medicamentos pueden utilizarlos con diversos fines. El uso indebido de medicamentos junto con otras drogas puede causar interacciones que aumenten los daños y pueden provocar la muerte.

5.1. Opciones de respuesta

La comprensión del alcance y la naturaleza del uso indebido de medicamentos, incluidos la prevalencia, los motivos y las fuentes de suministro, así como la supervisión de los cambios a lo largo del tiempo, resultan fundamentales para elaborar respuestas apropiadas. No obstante, la diversidad de medicamentos, sus fuentes de suministro y los diferentes grupos que los consumen, así como las variaciones entre países respecto a los marcos jurídicos y a la práctica de emitir recetas, lo convierten en una labor complicada. Esta variedad también insta a que se defina claramente lo que constituye un uso indebido, sobre todo para las comparaciones transnacionales. El alcance del problema debe evaluarse mediante una serie de fuentes de datos. Los informes de casos y las series temporales pueden detectar signos de uso indebido que requieren investigaciones sistemáticas del alcance del problema.

Actualmente, la información sobre la procedencia de medicamentos que se están utilizando de forma indebida o que se están incautando es

muy limitada. La información útil puede provenir de encuestas poblacionales, el Sistema de Alerta Temprana de la UE, de las propias bases de datos nacionales e internacionales sobre los efectos adversos de los medicamentos (como la base de datos Eudravigilance que mantiene la Agencia Europea de Medicamentos y la base de datos sobre efectos adversos del Centro de Vigilancia de Uppsala de la OMS), las estadísticas de ventas de las farmacias, la vigilancia de Internet de determinados sitios web e incluso las incautaciones de la policía de opioides, benzodiazepinas y otros medicamentos con receta adquiridos en el mercado ilegal de drogas.

5.2. Prevención y buenas prácticas para el TSO

Cualquier sistema de control de medicamentos debe garantizar la disponibilidad de medicamentos para las personas que los necesitan por razones médicas, al tiempo que se minimizan las oportunidades de consumirlos en exceso. Las directrices de la OMS sobre el acceso a medicamentos controlados pretenden garantizar que las medidas de control de fármacos no limitan el acceso a los medicamentos a las personas que los necesitan. La falta de acceso constituye un problema en varios países de todo el mundo, incluidos algunos en Europa.

La creciente disponibilidad de medicamentos en internet plantea desafíos normativos y será necesario elaborar nuevas respuestas. Muchas involucrarán acción policial en lugar de respuestas sanitarias y sociales, tal como ocurre a menudo con las intervenciones contra el desvío en las fases de producción y distribución de la cadena de suministro.

Un factor importante del uso indebido de medicamentos son las malas prácticas de prescripción. Esto incluye la prescripción excesiva, pero también, concretamente en el caso de los medicamentos para el tratamiento de sustitución con opioides, la prescripción insuficiente que lleva a las personas a automedicarse. Las buenas prácticas clínicas a la hora de recetar medicamentos para el TSO reducen el desvío y los daños asociados al

uso indebido de estos medicamentos. Es importante que se proporcione una cobertura adecuada y una prestación de alta calidad a las personas con problemas de dependencia de opioides (UNODC, 2012).

El desvío de estos medicamentos de su uso previsto para el tratamiento de la drogodependencia a usos no médicos, así como su venta en los mercados de drogas ilegales, puede ser un problema. Una visión general de los estudios disponibles indica que el uso de sustancias desviadas se ha asociado a tres consecuencias: sobredosis mortales y no mortales; un aumento de la incidencia de la dependencia de opioides (sobre todo en zonas en que la heroína escasea); y peligro de la aceptación pública del TSO.

5.3 Las respuestas europeas

Una serie de organizaciones y agencias internacionales poseen responsabilidades en el ámbito del control de medicamentos, incluidas la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE). El EMCDDA recopila información de las legislaciones nacionales relativas a la prescripción, las sustancias autorizadas, las normas de prescripción, cualquier criterio para recibir medicamentos del TSO y cualquier sanción por infracciones. Los registros de sustitución de cada Estado miembro de la UE evitan las recetas dobles que pueden ocurrir cuando varios médicos recetan de forma paralela. El uso de análisis de aguas residuales con fines de vigilancia también se está estudiando.

5.4. Los fentanilos

La aparición de un gran número de opioides nuevos muy potentes (en particular, derivados del fentanilo) plantea nuevos desafíos. Como hemos visto estas drogas se venden como heroína u otras drogas ilegales o como medicamentos falsificados. El riesgo de sufrir intoxicaciones graves y mortales puede ser más elevado, tanto para los consumidores de opioides de alto riesgo como para otros

grupos de consumidores/as que no han desarrollado tolerancia a los opioides.

Un reducido número de fentanilos se utiliza en la medicina humana y veterinaria, en anestesia y para la gestión del dolor. Últimamente, se ha notificado un aumento de los fentanilos no controlados al Sistema de Alerta Temprana de la UE sobre las nuevas sustancias psicoactivas. Los fentanilos han aparecido en los mercados en línea y en el mercado negro, a veces se venden como si fuesen heroína o mezclados con esta o con otras drogas ilegales, e incluso con medicamentos falsificados. Por su potencial para causar daños graves, ya hay quince fentanilos que están controlados en la Convención Única de 1961 de las Naciones Unidas sobre Estupefacientes.

Los sistemas de alerta temprana, incluido el Sistema de Alerta Temprana de la UE situado en el EMCDDA, desempeñan un papel importante a la hora de identificar y responder a los daños causados por los nuevos fentanilos, facilitando una reacción rápida a las amenazas para la salud pública relacionadas con estas sustancias.

Las respuestas a las intoxicaciones agudas causadas por fentanilos deben seguir las directrices para la intoxicación por opioides, incluida la administración de naloxona para la depresión respiratoria. Sin embargo, experiencias recientes indican que, en algunos casos, puede ser necesario aumentar las dosis de naloxona o repetir las para revertir una intoxicación.

5.5. Las benzodiazepinas

Las benzodiazepinas son un grupo de medicamentos muy recetado que se utiliza para tratar la ansiedad y el insomnio y para gestionar la abstinencia alcohólica. A menudo los consumidores de opioides de alto riesgo hacen un uso indebido de las benzodiazepinas; el consumo de estas sustancias aumenta la morbilidad y la mortalidad de estos consumidores.

Muchas de las recetas de benzodiazepinas para los consumidores de drogas de alto riesgo tienen fines terapéuticos legítimos. No obstante, las consecuencias para la salud del consumo de

benzodiazepinas durante más de unas semanas, su consumo por parte de policonsumidores y el consumo no acorde con las directrices de la receta suscitan preocupación. En este sentido, es posible que los consumidores de opioides consuman indebidamente benzodiazepinas para automedicarse, por ejemplo, para tratar la ansiedad o el insomnio, para aliviar los síntomas de abstinencia de opioides o los efectos adversos del alcohol o la cocaína (Iraurgi y Laespada, 2009).

Las benzodiazepinas también pueden utilizarse para prolongar la intensidad y la duración de los efectos de los opioides, especialmente cuando se inyectan. Los pacientes en tratamiento de sustitución de opioides (TSO) que consumen metadona, por ejemplo, pueden consumir indebidamente benzodiazepinas para incrementar los efectos de sus medicamentos opioides cuando las dosis reducidas provocan el resurgimiento de los síntomas de abstinencia.

El consumo combinado de opioides y benzodiazepinas es un problema importante entre los consumidores de opioides de alto riesgo en los centros penitenciarios y entre los que reciben tratamiento. En 2014 los datos de 18 países indicaron que de las 102.000 personas que empezaron un tratamiento y comunicaron que los opioides eran su droga problemática principal, 10.000 (11 %) notificaron las benzodiazepinas como droga secundaria.

Las benzodiazepinas normalmente se identifican en autopsias de casos de muerte relacionada con las drogas. Los datos actuales del EMCDDA sobre muertes producidas por las drogas muestran que las benzodiazepinas estuvieron implicadas (es decir, se concluyó que contribuyeron a la muerte), a menudo junto con opioides, en el 28 % de las muertes por sobredosis en Escocia, 48 % en Francia, 30-32,5 % en Portugal y 35 % en Irlanda.

6. CONCLUSIÓN

El análisis del marco europeo permite visibilizar las diferentes perspectivas epidemiológicas y sociales del uso de drogas en los diferentes países, identificando tanto los aspectos diferenciales

como las similitudes en los diferentes países. En muchas ocasiones hablamos de sustancias que podríamos considerar “tradicionales”, cuyo uso se combina con otras sustancias o con mayor diversidad de conductas adictivas.

Este análisis se debe profundizar mediante la identificación de los perfiles o subgrupos de riesgo, prestando especial atención a las particularidades que cada uno de estos subgrupos muestran en el uso de sustancias. De esta manera, iremos entendiendo el fenómeno global de las drogodependencias y adicciones, desde los casos particulares hasta los marcos más amplios y viceversa, lo que permitirá mejorar la calidad de atención y la intervención temprana y eficaz sobre este fenómeno complejo de las conductas adictivas en Europa.

BIBLIOGRAFÍA

Deacon, B. J. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 846-861.

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.

EMCDDA (2010) Prevention and Evaluation Resources kit/PERK. EMCDDA, Lisboa.

EMCDDA (2014) Informe europeo sobre drogas: Tendencias y novedades. Lisboa: EMCDDA/OEDT.

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

NIDA (1997) Principles of Drug Addiction Treatment: A research-based guide. Bethesda: NIDA.

UNODC (2012) TREATNET Quality Standards for Drug Dependence Treatment and Care Services. Vienna, UNODC.

LAS RESPUESTAS SANITARIAS Y SOCIALES DE DIANOVA A LAS NECESIDADES DE INTERVENCIÓN DE LOS SUBGRUPOS CON VULNERABILIDAD ESPECIAL

RESUMEN

Dentro de la intervención sociosanitaria en problemas con las conductas adictivas, las respuestas sanitarias proporcionadas por los servicios a los grupos con especial vulnerabilidad son fundamentales para reducir los principales riesgos epidemiológicos y sociales de las conductas adictivas además de para mejorar la calidad de vida de las personas que presentan problemas con dichas conductas. Dentro de los grupos de especial vulnerabilidad nos encontramos con los consumidores de opiáceos de más de 40 años, las mujeres con problemas de adicciones, los jóvenes en riesgo y las familias de personas con problemas de adicciones. Determinar programas adecuados a sus necesidades y problemas es fundamental para mejorar la eficacia de las intervenciones y favorecer la reducción de las consecuencias más severas de dichos problemas.

PALABRAS CLAVES

Modelo biopsicosocial; Subgrupos de riesgo; Respuesta sociosanitaria.

ABSTRACT

Into health and social intervention in addictive behaviours problems, public health responses given by services to especial vulnerability groups of users is fundamental to decrease principal epidemiological and social risks of addictive behaviours, and to increase quality of life to the people who present problems with these behaviours. About especial vulnerability groups we can find opiates user older than 40 years, women with addictive behaviours problems, young users in risk and families of persons with addictive behaviours problems. To determinate adequate programs adapted to their needs and problems is fundamental to increase efficacy of interventions and to promote the decrease of severity of consequences with these problems.

KEY WORDS

Biopsychosocial model; Addictive behaviours; Subgroups or risk; Social and health response.

ANTONIO J. MOLINA

Psicólogo. Licenciado en Psicología (Universidad de Granada). Profesor de la Universidad Complutense de Madrid.

1. INTRODUCCIÓN

Dianova España tiene como objetivo el desarrollo de acciones y programas que contribuyen activamente a la autonomía personal y al progreso social, tales como:

- Prevención, intervención e integración en los distintos ámbitos relacionados con las drogodependencias (y otras conductas adictivas), sus causas y sus consecuencias.
- Desarrollo de programas y proyectos innovadores en el campo de la mediación familiar, la intervención social, la juventud y la educación.
- Apoyo a la integración socio-laboral y comunitaria de las personas y familias en situaciones de vulnerabilidad social y/o con dificultades.
- Educación y promoción de la salud.
- Promover y potenciar la cooperación al desarrollo a escala nacional e internacional.
- Fomento e implementación de la perspectiva de género y promoción del voluntariado en todas sus acciones y programas.

Presente en España desde 1982, en 1998 Dianova inició un proceso de reestructuración/actualización que supuso la redimensión/redefinición de sus infraestructuras, la definición de un método de intervención/ programa terapéutico adaptado a las nuevas necesidades y perfiles de las personas, formación y profesionalización de sus servicios y equipos, normalización y transparencia de las prácticas de gestión.

Sobre la adecuación de los programas de intervención y prevención de drogodependencias y otras adicciones a la evidencia científica, en Dianova se utilizan modelos teóricos consolidados. Siendo conscientes del bagaje teórico y práctico que ha acumulado Dianova en los últimos 30 años, se hace necesaria una evolución de dichos modelos para adecuarlos a los requisitos de los actuales agentes implicados. Este compromiso, que es tanto organizacional como técnico, supone un esfuerzo en la consolidación técnica de un modelo revisable, contrastable y con vocación de ser compartido con otras entidades.

En la intervención con personas que presentan problemas con las conductas adictivas, una de las primeras condiciones que debemos cumplir es que existen diferencias de atención para diferentes subgrupos en función de una serie de criterios (EMCDDA, 2017). El objetivo es doble:

- por una parte, se pretenden potenciar modelos de intervención basados en evidencia científica/"Evidence based practices", contrastables, replicables y evaluables.
- por otra parte, se pretenden evitar modelos unitarios, reduccionistas, estáticos y que no cumplan con los principios básicos de la Bioética clínica (No Maleficencia, Justicia, Equidad y Beneficencia).

En relación al principio de Equidad, tenemos que contemplar que, tal y como dice el EMCDDA *"algunos subgrupos de la población presentan problemas, necesidades o vulnerabilidades especiales relacionados con las drogas, que requieren intervenciones específicas. En este apartado, se analizan los problemas relacionados con las drogas y la forma de responder a ellos eficazmente desde la perspectiva de determinados grupos de personas que pueden verse especialmente afectados"*. (EMCDDA, 2017) Este planteamiento ha sido el habitual durante el siglo XXI, en el que se han desarrollado la mayor parte de los programas específicos de atención y abordaje de las conductas adictivas.

De hecho, este planteamiento explica la manera en la que se han desarrollado muchos de estos programas para ciertos perfiles específicos, necesitados de unas atenciones y enfoques concretos en función de las necesidades del grupo objetivo (Bumbarger y Campbell, 2011).

En Dianova, atendiendo a este análisis, se han desarrollado centros y servicios adaptados para responder mejor a las necesidades de los grupos siguientes (EMCDDA, 2017):

- Personas mayores con problemas sociosanitarios y con un consumo problemático de opioides y/o policonsumo;
- Mujeres que presentan problemas relacionados con las drogas;

- los jóvenes vulnerables que presentan problemas relacionados con las conductas adictivas y otras conductas de riesgo; y
- las familias de personas con problemas relacionados con las conductas adictivas.

2. INTERVENCIÓN CON PERSONAS MAYORES CON PROBLEMAS SOCIOSANITARIOS Y CON UN CONSUMO PROBLEMÁTICO DE OPIOIDES Y/O POLICONSUMO

“Las personas de más de 40 años constituyen un porcentaje cada vez mayor de las personas con un consumo problemático de opioides en Europa. Esto se refleja en el incremento de la edad de aquellos que están en tratamiento por drogodependencia y de aquellos que mueren por sobredosis de opioides. En este grupo de personas mayores consumidoras de opioides, el proceso de envejecimiento físico puede acelerarse por los efectos acumulados del policonsumo, las sobredosis y las infecciones a lo largo de muchos años. Las personas mayores con problemas relacionados con los opioides presentan mayores índices de sufrir trastornos degenerativos, problemas circulatorios y respiratorios, neumonías, dificultad para respirar, diabetes, hepatitis y cirrosis que sus pares y los consumidores de drogas jóvenes. También pueden ser más propensas a las infecciones, las sobredosis y el suicidio. Asimismo, sus redes sociales pueden verse reducidas debido a la muerte prematura y el estigma, que puede profundizar la exclusión social y el aislamiento de sus familias. El estigma y la vergüenza de seguir consumiendo drogas también pueden ser un obstáculo para buscar ayuda”. (EMCDDA, 2017)

Nos encontramos actualmente con un grupo, no muy numeroso pero sí muy significativo de personas consumidoras de opiáceos (en muchos casos, personas que han consumido opiáceos y que actualmente son policonsumidoras de otras sustancias) que tienen más de 40 años, que ya han intentado en varias ocasiones realizar programas de rehabilitación y/o recuperación, que presentan infecciones relacionadas con el consumo de drogas o que pueden agravarse con dicho consumo (fundamentalmente, VIH y Hepatitis C), que tienen

además algún problema de salud con tendencia a la cronicidad y requieren de cuidados continuos y específicos en centros donde se integren una correcta atención a sus problemas adictivos. Los servicios de tratamiento por drogas adaptados a las necesidades de las personas mayores deben ofrecer una atención multidisciplinar para abordar sus necesidades médicas y psicológicas, así como proporcionar las estrategias más adecuadas de apoyo social para estos colectivos. Dentro de estos servicios, tienen que garantizarse el acceso y utilización de tratamientos antiviricos, especialmente para VIH y la hepatitis C, además de la atención de otros problemas sociosanitarios relacionados con el consumo de drogas en ambientes marginales como la tuberculosis y otros problemas como la movilidad reducida o los problemas cardiorrespiratorios.

Hablaríamos, por tanto, de centros o residencias con asistencia médica especializadas para el cuidado residencial a largo plazo de personas mayores que consumen drogas. Para ello, además de la adecuación de los dispositivos, sería fundamental la concienciación y formación del personal sanitario y de asistencia social que trata a este subgrupo sobre la forma de responder ante las necesidades de las personas mayores con problemas relacionados con las drogas, para garantizar la asistencia adecuada y evitar la estigmatización.

Por supuesto, además de ofrecer atención sociosanitaria, este tipo de centros debe presentar bloques de intervención psicoterapéutica para aumentar la autoestima, la aceptación y los sentimientos positivos sobre el futuro de las personas con problemas con los opioides y tendencia a la cronicidad en su consumo, como la terapia cognitivo-conductual (Secades y Fernández, 2006). En este sentido, el diseño e implementación de estas actividades con estrategias encabezadas por pares, utilizando un diseño de apoyo social es particularmente adecuado. Se entiende por “apoyo social” el conjunto de “provisiones instrumentales y/o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y relaciones íntima”. Incluye *“todas las transacciones de ayuda (emocional, informacional y material) que recibimos tanto de nuestras redes informales,*

íntimas, como de otros grupos sociales y de la comunidad global, incluidas las transacciones reales, así como la percepción de las mismas y la satisfacción con la ayuda recibida” (Barrón de Roda, 1996).

Esto puede referirse tanto a las redes sociales de apoyo de las personas que forman parte de este grupo como a las actividades grupales que se desarrollan en los centros (ya sean grupos, talleres o asambleas) donde se refuerce este aprendizaje cognitivo-social (Bandura, 2002) como a la existencia de servicios de atención especializados por edades que organicen actividades y eventos sociales y ofrezcan un apoyo constante por parte de pares y voluntarios.

En Dianova contamos con un centro específico para atender este subgrupo de personas con problemas de adicciones. Se trata del centro de Ambite, en Madrid, donde se cuenta con una planificación de los servicios para satisfacer las necesidades de asistencia sanitaria y social de esta cohorte creciente de personas mayores que consumen drogas opioides y/o policonsumidoras y que tiene más de 40 años en comunidad de Madrid.

“Es necesario un enfoque integrado y multidisciplinar con asociaciones de colaboración entre agencias y derivaciones entre servicios sanitarios y sociales especializados y generales para abordar las necesidades de las personas mayores que consumen opioides” (EMCDDA, 2017).

3. MUJERES QUE PRESENTAN PROBLEMAS RELACIONADOS CON LAS DROGAS

“Las mujeres representan aproximadamente una cuarta parte del total de la población con problemas graves relacionados con las drogas y casi una quinta parte de las que inician un tratamiento por consumo de drogas en Europa. Son especialmente susceptibles de:

- *encontrarse estigmatizadas, enfrentarse a desventajas económicas y disponer de menos apoyo social;*
- *proceder de familias con problemas de consumo*

de sustancias y tener una pareja que también las consume;

- *tener hijos que pueden jugar un papel esencial en su consumo de sustancias y su recuperación; y*
- *haber sido víctimas de agresiones y abusos sexuales y físicos y presentar trastornos mentales concomitantes.” (EMCDDA, 2017)*

Los aspectos diferenciales de Género en las mujeres con problema de adicciones se han convertido en elementos fundamentales a la hora de diseñar e implementar intervenciones, con el fin de conseguir programas y tratamientos que realmente ayuden a solucionar los problemas y necesidades de los diferentes subgrupos de mujeres con problemas relacionados con las conductas adictivas. Dentro de estos subgrupos, que con frecuencia se yuxtaponen, debemos incluir a mujeres embarazadas y con hijos; trabajadoras de la industria del sexo, que frecuentemente son víctimas de violencia y estigmatización; mujeres de minorías étnicas que pueden haber sido objeto de trata; y mujeres en centros penitenciarios (EMCDDA, 2017).

La revista Infonova, en su número 35, publicó un monográfico donde se detallaban estos aspectos de la prevención, intervención e investigación que se está desarrollando actualmente para corregir estos problemas, además de las carencias y limitaciones que presentan los actuales programas y proyectos sobre conductas adictivas para atender y entender debidamente las necesidades y problemas de dichas mujeres.

4. LOS JÓVENES VULNERABLES QUE PRESENTAN PROBLEMAS RELACIONADOS CON LAS CONDUCTAS ADICTIVAS Y OTRAS CONDUCTAS DE RIESGO

“Son muchos los jóvenes que experimentan con drogas, pero solo una minoría desarrolla dependencia durante los primeros años de la etapa adulta. Los más vulnerables a la drogodependencia son los jóvenes socialmente desfavorecidos y aquellos con familiares y homólogos que consumen drogas. Los factores individuales, como

un mal control de los impulsos, también incrementan la vulnerabilidad, así como el consumo de sustancias en una edad temprana. Los jóvenes vulnerables que desarrollan drogodependencia suelen referir ansiedad y trastornos depresivos; síntomas y trastornos psicóticos; ideas suicidas e intentos de suicidio; infecciones que se transmiten por la sangre; e incapacidad para completar su educación y mantener un empleo estable. No siempre queda claro en qué medida son estos problemas los que aumentan el riesgo de drogodependencia, o si es la drogodependencia la que causa estos problemas.” (EMCDDA, 2017)

Como acciones prioritarias, el Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías propone las siguientes:

- Intervenciones preventivas, indicadas y selectivas, orientadas a intervenir de forma temprana con el fin de evitar que los jóvenes vulnerables se inicien en el consumo de drogas y lleguen a un consumo habitual problemático.
- Cuestionarios breves de cribado para detectar los problemas de consumo de drogas ilegales en adolescentes en entornos de atención primaria pueden resultar útiles.
- Enfoques de salud electrónica para el cribado y las intervenciones breves, que parecen medios prometedores de llegar a los jóvenes vulnerables que están familiarizados con los teléfonos móviles e internet y se muestran reacios a acudir a los servicios sanitarios.
- Servicios de tratamiento para los jóvenes que han desarrollado problemas de drogodependencia graves, que necesitan enfoques de tratamiento adecuados, por ejemplo, terapia familiar multidimensional.

Desde el año 2001, Dianova inicia el programa educativo terapéutico de menores con problemas de consumo (y otros problemas de conducta). Este programa trata a menores con problemas de conducta y a menores extranjeros no acompañados que presentan algún tipo de riesgo de desarrollar conductas adictivas, y se ponen en marcha mediante metodología combinada de intervención residencial y tratamiento ambulatorio. Estos pro-

gramas se desarrollan en los centros de menores de Zanduetta (Navarra) y Santa Elena (Córdoba).

Se tratan de programas específicos donde se interviene de manera particular con un/a adolescente con consumos problemáticos de drogas (u otros problemas adictivos) y su familia. En estos programas no se trabaja en exclusiva sobre el comportamiento adictivo, sino que se pretende analizar y resolver las causas y consecuencias que el problema del consumo ha tenido sobre el adolescente y su contexto cercano: agresividad, falta de comunicación, fracaso escolar, hábitos de comportamiento y convivencia... Es por ello que la participación de todo el núcleo familiar es fundamental para el desarrollo de las actividades y objetivos.

En el desarrollo, tanto de los/as menores como de las familias en las que crecen, inciden factores estructurales, relacionales e individuales, que generan un amplio abanico de situaciones en las que surgen dificultades, vulnerabilidades que es necesario atender. En la mayoría de los casos en los que existe un problema con el consumo por parte de un menor, se han detectado problemas de comunicación y convivencia, y dificultad para asumir normas y límites en el ámbito familiar.

Especialmente, utilizamos en las sesiones el Modelo General Subyacente o Teoría de los factores de riesgo y protección, especialmente la Teoría de la conducta-problema (Jessor y Jessor, 1977). Esta teoría está basada en la teoría de los factores de riesgo y protección y hace referencia a que el uso experimental de drogas se produce en el período de la adolescencia; provocando la funcionalidad de expresar rechazo a las normas convencionales, reforzar la integración en el grupo de iguales, etc. El objetivo que se persigue para trabajar con esta teoría sería prevenir las conductas desadaptadas de manera global; haciéndoles conscientes de que es un error pensar que los beneficios de las drogas son mayores que los riesgos derivados de su consumo.

Se basa esta teoría en que una conducta de riesgo no se suele producir de forma aislada; sino que va relacionada con otras como uso experimental de drogas, conducta sexual de riesgo, absentismo escolar, rebelión, etc. Estos sujetos tienen menos

rendimiento en la escuela, participan menos en actividades de promoción social. Son más propensos a otras conductas de riesgo (delincuencia, conductas sexuales de riesgo...) que los que no consumen.

No se tratan de programas terapéuticos como los tradicionales para adultos, sino que son programas de tipo educativo-terapéutico, para el adolescente y su familia, cuyos objetivos son:

- Dotar a los adolescentes de recursos necesarios para potenciar sus factores de protección en las situaciones de riesgo; y
- Favorecer los cambios necesarios en la familia para asumir las necesidades de los adolescentes y fomentar su desarrollo integral (valores, sentimientos, actitudes, comportamientos...).
- Actuar sobre un elevado porcentaje de comportamientos del tipo compulsivo/descontrolado, en un patrón de comportamiento muy basado en desorden conductual y recompensas a corto plazo. El problema puede no estar en las redes sociales ni en los teléfonos, sino en los motivos, la forma y las consecuencias que tiene para las personas que los utilizan.
- Analizar y minimizar los factores de riesgo, especialmente en los de control horario, control comportamental, realización de tareas y videojuegos.

Hablamos de prevenir un descontrol comportamental generalizado, que obliga a plantear estrategias de reestructuración conductual. Sobre todo, la enorme diferencia entre comportamientos de riesgo para la salud entre unos jóvenes y otros hace necesaria una recomendación de programas basados en el control de daños y la prevención de recaídas, sobre todo para evitar las consecuencias sociosanitarias más graves del uso de drogas. La correlación entre edad temprana de consumo y fracaso escolar, a pesar de la visión que los jóvenes tienen de la ineficacia de estudiar, hace que tengamos que incluir estrategias de formación alternativas para estos jóvenes.

Pero no podemos enfocar este patrón de comportamiento tan solo con los aspectos conductuales. La prevalencia de factores emocionales, necesidad de recompensas, repercusión en rela-

ciones sociales, familiares y de pareja, control de ira y emociones negativas...nos hace inferir que hay un malestar emocional que se compensa de alguna manera, ya sea mediante explosiones con el entorno social cercano, ya sea mediante aislamiento físico o afectivo. Para esto, los comportamientos del tipo adictivo/compulsivo son altamente eficaces: sirven para aislarte, desconectar de tu realidad y evitar afrontar tus propios problemas.

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

Como complemento de esta acción específica con los jóvenes, en 2015 Dianova desarrolló un programa de Intervención Temprana (EMCDDA, 2010), donde, como hemos mencionado anteriormente, contemplamos diferentes modelos teóricos, capaces de explicar y facilitar el abordaje de problemas tan complejos como el consumo intensivo de alcohol y/o drogas ("binge use/binge drinking") de los/as adolescentes, la aparición temprana de problemas psicológicos y psiquiátricos (y sus predictores), los actuales modelos familiares y su repercusión en la prevención de las adicciones... se trata de elaborar acciones específicas donde se trabaja de manera particular con un grupo de adolescentes con consumos de drogas (u otros problemas adictivos) y/o sus familias.

Este programa no se basa en exclusiva sobre el comportamiento adictivo, sino que pretende analizar y resolver las causas y consecuencias que el problema del consumo tiene sobre el/la adoles-

cente y su contexto cercano: agresividad, falta de comunicación, fracaso escolar, hábitos de comportamiento y convivencia...

5. LAS FAMILIAS DE PERSONAS CON PROBLEMAS RELACIONADOS CON LAS CONDUCTAS ADICTIVAS

La persona con problemas de adicción, por lo general, ocupa un lugar desproporcionado, excesivamente central en el sistema familiar, que absorbe y utiliza a su favor las energías y recursos de éste. Desde tal posición centrípeta, gira en torno a él toda la familia, lo cual no es saludable. La familia debe aprender a descargar sobre el sujeto la responsabilidad de su propia vida, rompiendo con esas formas inadecuadas de relacionarse, a la vez que tiene que empezar a delimitar responsabilidades y tareas entre sus miembros.

El abordaje de este trabajo se realiza desde una perspectiva holística e integradora, que favorece el desarrollo de las personas, ayudándoles a descubrir sus potencialidades, y estimula el cambio en aquellas áreas y comportamientos sobre los que se mantienen las conductas adictivas y de riesgo. Se basa en diferentes elementos que proceden de varias corrientes psicológicas y modelos de intervención, principalmente del modelo psicológico humanista de Rogers, donde se remarca la idea esencial de que en la persona se encuentran las potencialidades necesarias para hacerse cargo y protagonista de su propia existencia, coincidente con el concepto de autoeficacia que sostiene Bandura (2002) en su teoría cognitivo social del aprendizaje. Desde esta perspectiva la familia forma parte del contexto en el que se desenvuelve la persona, no sólo como mero espectador, sino como una herramienta de apoyo y referencia básica. Desde aquí los modelos sistémicos son fuente de referencia al entender, entre otras cosas, que dentro de las familias existen herramientas poderosas de solución de conflictos que pueden facilitar y acelerar los procesos terapéuticos y educativos de las personas atendidas (Molina, Martos y Hansen, 2017)

En Dianova tenemos un programa de apoyo para familias de personas con problemas de adicciones, donde utilizamos fundamentalmente “Terapia Familiar Breve Estratégica (BSFT, Brief Strategic Family Therapy). En el ámbito de las adicciones, el principal campo de aplicación de este modelo ha sido la población adolescente. La importancia del contexto familiar en esta etapa del desarrollo ha favorecido la aplicación de programas basados en el entorno familiar como elemento generador y regenerador de la problemática adictiva. Es una intervención breve que se utiliza con adolescentes que consumen drogas y que presentan otros problemas de conducta. La terapia se centra en la función que tiene el uso de drogas que se interpreta como señal del malestar del funcionamiento familiar. El tratamiento dura 8-24 sesiones, dependiendo de la severidad del problema.

La BSFT se ha utilizado con pacientes ambulatorios y con pacientes en unidades de día y comunidades terapéuticas. El NIDA la describe como una terapia utilizada en diversos contextos asistenciales: centros de salud mental, programas de tratamiento para abuso de drogas y otros servicios sociales (Szapocznik, Hervis y Schwartz, 2003). Además de incidir sobre el consumo y las conductas problema en casa y en la escuela, la BSFT aborda la conducta agresiva, el comportamiento violento, la percepción de riesgo y el riesgo real en aspectos relacionados con la sexualidad, el acercamiento a pares antisociales y la delincuencia.

Los principios generales que desarrolla este enfoque terapéutico son (Szapocznik, Hervis y Schwartz, 2003; Szapocznik y Williams, 2000):

1. La familia es un sistema y por lo tanto lo que afecta a un miembro de la familia afecta a todos los miembros del sistema familiar. Según el enfoque sistémico, el consumo de drogas y otras conductas problema que realiza el adolescente son síntomas que nos señalan que el sistema familiar funciona inadecuadamente.

2. Los patrones de interacción familiar influyen en el comportamiento de cada miembro de la familia. Dichos patrones son conductas de interacción habituales que se repiten en el tiempo.

3. La intervención se centra en la planificación de

los objetivos que proporcionen los medios prácticos para eliminar dichos patrones interactivos que están directamente vinculados a las conductas que muestra el adolescente (abuso de drogas u otras conductas problema).

Los objetivos que persigue la BSFT son dos, principalmente: (a) eliminar las conductas de abuso de drogas y otras conductas problema; (b) cambiar la interacción familiar que posibilita el síntoma (consumo de drogas). Parte de la identificación de los principales problemas en las familias con adolescentes que abusan de las drogas y el perfil y/o características del adolescente consumidor de drogas.

El enfoque de BSFT establece que los cambios en las familias con adolescentes consumidores de drogas están directamente relacionados con:

1. La calidad de la relación terapéutica entre el terapeuta y la familia siendo ésta un fuerte predictor de la efectividad de la terapia. El terapeuta de BSFT tiene necesidad de formar un nuevo sistema que incluya al propio terapeuta y la familia, lo que se denomina "el sistema terapéutico" en el que el terapeuta es a la vez un miembro del sistema y ejerce de líder.

2. La producción del cambio a través de la reestructuración. Las técnicas que se utilizan en este enfoque para cambiar los patrones de interacción disfuncionales forman parte de lo que se denomina re-estructuración. El terapeuta trabaja con los miembros de la familia para que dominen nuevas habilidades de interacción más funcionales. Dominar estas nuevas habilidades más adaptativas proporciona a las familias las herramientas que precisan para gestionar la conducta de abuso de drogas del adolescente y todos aquellos comportamientos relacionados. El terapeuta refuerza comportamientos funcionales para garantizar que sigan utilizándose y a la vez deben reforzarse entre sí los miembros de la familia que pongan en marcha habilidades más adaptativas.

La BSFT ha sido evaluada durante más de 25 años y cuenta con ciertas evidencias sobre su eficacia en el tratamiento de los adolescentes que usan y abusan inadecuadamente de las drogas y de las conductas problema añadidas (trastornos de

conducta, asociaciones con pares consumidores y dificultades en el funcionamiento familiar del adolescente). Está protocolizada y es un enfoque flexible que puede adaptarse a una amplia gama de situaciones, diferentes servicios de atención familiar y a distintas modalidades de tratamiento (ambulatoria, unidad de día, comunidades terapéuticas, modalidades mixtas). La BSFT tiene en cuenta los valores culturales de las diferentes etnias." (Becoña y Cortés, 2010)

6. CONCLUSIONES

La intervención en conductas adictivas ha evolucionado desde los programas tradicionales de corte general donde se proporcionaba el mismo tipo de tratamiento a todos los participantes. Para el correcto desarrollo e implementación de dichos programas, es fundamental la investigación y detección de los grupos de riesgo y la adecuación de las intervenciones a sus necesidades y problemas. Cuanto más concretos y precisos seamos, más eficaces resultarán las intervenciones y mejor pronóstico podremos ofrecerles a estas personas.

El compromiso de Dianova con las personas va mucho más allá de las sustancias que consumen y los riesgos sociosanitarios que presentan. Se trata de ofrecer la mejor atención posible para mejorar la calidad de vida de personas que necesitan ayuda. En prevención, tratamiento o investigación, se busca lo mejor para cada persona que lo necesita. Por un puro compromiso social.

BIBLIOGRAFÍA

Bandura, A (2002). Social cognitive theory in cultural context. *Applied psychology: an international review*, 2002, 51 (2), 269-290.

Barrón López de Roda, A. (1996) *Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI de España, 1996. ISBN 84-323-0918-4.

Becoña, E. y Cortes, M. (2010). *La familia como agente de salud. Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Terapias centradas en la familia*. Madrid: Instituto Internacional de Estudios sobre la Familia.

Bumbarger, B. y Campbell, E (2011). A state agency-university partnership for translational research and the dissemination of evidence-based prevention and intervention. *Administration and Policy Mental Health*. 2012 Jul; 39 (4):268-77

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.

EMCDDA (2010) *Prevention and Evaluation Resources kit/PERK*. EMCDDA, Lisboa.

Molina Fernández, A. J.; Martos Azcutia, E. y Hansen, G. (2017) *Informe de evaluación del Programa Dianova de apoyo a las familias de personas con problemas de drogodependencias y otras adicciones*. Madrid: PNSD.

Secades Villa, R. y Fernández Hermida, J.R. (2006). *Tratamiento cognitivoconductual*. En G. Cervera, J.C. Valderrama, J.C. Pérez de los Cobos, G. Rubio y L. Sanz, *Manual SET de Trastornos Adictivos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Szapocznik, J., Hervis, O.E. y Schwartz, S. (2003). *Brief strategic family therapy for adolescent drug abuse* (NIH Publication No. 03-4751). *NIDA Therapy Manuals for Drug Addiction*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

VVAA (2019) *Género y Adicciones*. *Revista Infonova*, nº 35.

EL MODELO DE LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS EN CATALUÑA

RESUMEN

Las comunidades terapéuticas (CC. TT.) para personas con problemas de adicción (De Leon, 2000) han sido y son programas fundamentales en el pasado y presente de la intervención en conductas adictivas. El método de la C.T. ha sido analizado y revisado en diferentes partes del mundo, de manera crítica y eficaz (De Leon, Hawke, Jainchill & Melnick, 2000). La Coordinadora de Comunidades Terapéuticas, Pisos de Reinserción y Centros de Día de Cataluña ha revisado dicho modelo, adaptando sus métodos y técnicas a las necesidades de las personas con problemas de drogodependencias y otras conductas adictivas en Cataluña. El presente texto es una síntesis de esta revisión llevada a cabo por el departamento técnico de Dianova España.

PALABRAS CLAVE

Comunidad terapéutica; Diseño; Implementación; Impacto social; Proceso participativo; Intervención en conductas adictivas.

ABSTRACT

Therapeutic communities (TC) for persons with addictive problems (DeLeon, 2000) have been and are fundamental programs in past and present of intervention in addictive behaviours (De Leon, Hawke, Jainchill & Melnick, 2000). TC methodology has been revisited and analyzed all around the world in critical and efficiency way. TC & Supporting flats and outpatient centers Catalanian Coordinator has reviewed this model, adapting techniques and methods to the needs of people with addictive behaviours problems. Actual text is a synthesis document elaborated by Technical Department of Dianova Spain.

KEY WORDS

Therapeutic community; Design; Implementation; Social impact; Participative process; Addictive behaviours intervention.

COMITÉ TÉCNICO DIANOVA ESPAÑA
(A PARTIR DE UN MATERIAL
ORIGINAL DE LA COORDINADORA
DE CC. TT., PP. RR. Y CC. DD.
DE CATALUÑA).

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Preliminar

Este documento ha sido el resultante de meses de trabajo, realizado por la Coordinadora de Comunidades Terapéuticas, Pisos de reinserción y Centros de día de Cataluña y representa la instantánea de sus acuerdos para un tiempo de cambio hacia el reconocimiento de su valor, de sus orígenes, de sus enfoques teóricos, de su inserción en el Sistema Socio-Sanitario y, en definitiva, de su naturaleza, que ha sido motivo de control y evaluación durante más de 20 años de historia.

Con vocación de servicio público y de colaboración con la Administración para la plena integración de las personas con conductas adictivas y sus complicaciones asociadas, este documento no hace un análisis de los postulados psico-sociológicos que le han dado base, puesto que ha sido decidido por unanimidad, cumpliendo el guion que le compete en el marco normativo de una Red de Asistencia Pública centrada en la atención a la Persona, entendiendo a esta como ciudadano/na de Pleno Derecho en la Unión Europea sin contradicciones con otras experiencias asistenciales.

1.2 Breve recorrido histórico de las CC. TT.

1.2.1 – Las ciencias médicas

Durante siglos las adicciones estuvieron relacionadas en la cultura occidental con problemas relacionados con la embriaguez alcohólica y el alcoholismo crónico, sin que se hiciera referencia a otros tipos de adicciones. Mientras, por otro lado, la bio-medicina, desde Hipócrates a la Ilustración (XVIII) trataba a los enajenados mentales en base a preceptos morales (hoy neuro-psíquicos), la mayoría de las veces ejecutándolos o aislándolos en condiciones infrahumanas, hasta que Phillipe Pinel (Goic, 2014) (1745-1826) en 1793, consiguió de la Asamblea francesa liberar de las cadenas a los alienados e inició la Psiquiatría Científica que se extendió en poco tiempo hacia el norte de Europa. Ya en el siglo XIX John Connolly (Irlanda 1794-1866) en *Treatment of the Insane without*

Mechanical Restraints (1856) demuestra la mejora significativa de los enfermos mentales libres de cadenas.

Por otro lado, en el campo social *De Morbis Artificum* (1700) de Ramazzini puede considerarse la partida de nacimiento de la medicina social o la ‘política médica’ que se irá imponiendo. El *Percival’s Medical Ethics* es la obra fundacional de la deontología médica que fue redactada en 1792 como reglamento para el Manchester Royal Infirmary, y publicada en 1805, inscribiéndose en una viva polémica del ambiente médico de la época. Se avanza en medicina preventiva a partir de la vacunación contra la viruela (Jenner, 1798), en medicina legal con el apogeo del poder civil (P. Zacchia, *Cuestiones médico-legales*, 1621-1635), o en la higiene social como medicina de Estado (*System* de J. P. Frank, 1779-1789), higiene y economía política (M. Pettenkofer, *Sobre el valor de la salud para una ciudad*; 1873), completándose la “sanidad científica” con la incorporación de la estadística y la epidemiología.

Así, la necesidad de control social aumenta el poder médico durante los siglos XVIII, XIX y en los inicios del XX. Por un lado, la medicina por interés del Estado en la salud pública, como ha sido el caso de la “política médica” de J. P. Frank, clara expresión de despotismo ilustrado (D. Gracia y J. A. Maninetti, 1988).

En este marco, Sigmund Freud, (1856-1939), médico neuro-patólogo y clínico, a finales del siglo XIX tiene el mérito junto con José Breuer (*Estudios sobre la histeria*) de relacionar los desórdenes psicossomáticos con el medio familiar-social (la experiencia) y a principios del siglo XX funda la moderna psicoterapia y la “escuela psicoanalítica” fuera del entorno académico oficial.

Por aquellos tiempos hay que incluir el pensamiento de William Mc Dougall (1871-1939) como primer médico-psicólogo comportamental-social: “Los psicólogos tienen que dejar de aceptar la estéril y estrecha concepción de su disciplina como ciencia de la conciencia, y hacer valer audazmente la pretensión de construir la ciencia positiva de la conducta o comportamiento. La psicología no tiene que considerar que toda su tarea

radica en la descripción introspectiva del flujo de conciencia, porque esta es solo una parte preliminar de su trabajo. Tal “descripción introspectiva”, tal “psicología pura” nunca puede constituir una ciencia o, al menos, no puede elevarse al nivel de una ciencia explicativa, nunca podrá ser por ella misma de gran valor para las ciencias sociales” (Mc Dougall, 1926).

El psicoanálisis y el conductismo polarizaron el desarrollo de la naciente psicología clínica, pero dotaron de cimientos a variantes psicodinámicas, humanistas, emotivo-conductuales hasta los desarrollos de Skinner (1904-1990). El actual conductismo-cognitivism, con sus luces y sombras, basado en el escepticismo materialista de Francis Bacon (1571-1626) sin las experiencias de Pávlov y sus colaboradores en Reflexología, se contienen en los postulados y modelos de intervención terapéutica más tendido de las actuales CC. TT.

El concepto de “Comunidad Terapéutica” como alternativo al de institución Psiquiátrica convencional, lo aplica por primera vez Thomas Main, en el hospital Psicoanalítico Cassel Hospital, (Richmond) como método de intervención grupal siguiendo postulados de W. Bion (Bion, W.R., 1948b), que profundiza sobre los grupos y liderazgos desde el psicoanálisis de Melaine Klein.

Pero pasarán algunos años para que Maxwell Jones dé contenido y cuerpo teórico al concepto, a partir de la publicación de observaciones hechas y su experiencia en varios hospitales militares y psiquiátricos desde el año 1941-1960, asociándose desde entonces este concepto “reformador del hospital tradicional psiquiátrico” a su nombre.

Para Maxwell Jones la transformación del hospital psiquiátrico en “Comunidad Terapéutica Democrática” y “democracia institucional” significaba que los roles respectivos de profesionales y usuarios no podían ser asimétricos ni contradictorios, aunque sí diferentes y complementarios, sobre todo, muy explícitos. Las diferencias de roles tenían que ver, por tanto, con el buen saber y la utilización de los mismos en términos de ayuda y eficaz atención a las necesidades de los usuarios. Obviamente este “saber” establecía un principio de relativa desigualdad, extremo no considerado importando por

Jones porque, al fin y al cabo, algunos debían de ser “responsables” de la Institución.

En la línea de Jones, expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en sus primeras épocas, enfatizaban conformar un grupo de profesionales con una titulación adecuada para realizar las tareas, formados para actuar según un criterio democrático.

Entre estos profesionales podrían participar personas que hubieran sufrido problemas similares al de los usuarios lo cual proporcionaría un mayor grado de empatía al equipo, siempre que su rol se justificara después de una titulación o preparación adecuada. Obsérvese que aún hoy, no es la “democracia” la que domina a las instituciones hospitalarias psiquiátricas.

1.2.2. La iniciativa social y las ciencias sociales

Se puede afirmar que las ciencias sociales nacieron y florecieron “fuera del mundo académico y de las universidades” aunque con posterioridad se las reconociera e incorporara a finales del siglo XIX como ramas escindidas de la Filosofía. Sus antecesores más directos fueron alemanes: Immanuel Kant (Padre de la Gestalt), Hegel (Filosofía de la Historia), K. Marx (Materialismo Histórico), F. Engels (Estudios sobre los Orígenes de la Familia, La Clase obrera en Inglaterra); Cuenta en Francia (Filosofía Positiva) el mismo McDougall, hasta que Emile Durkheim señaló las bases de la moderna Sociología con sus obras *El Hecho Social* y *De la división del trabajo Social*.

Pero toda esta aportación a las Ciencias Sociales conmovió poco al universo médico-académico y mucho menos se tradujo –excepto por las movilizaciones sociales- en cambios de actitud ante los grupos de enfermos marginados de las sociedades industriales avanzadas. Serían circunstancias políticas concretas que determinaron la aparición de “movimientos sociales solidarios” y otras experiencias comunitarias basadas en la ayuda mutua por la Lucha por los Derechos del Hombre (Hernández Monsalve, 2004) las que dotaron de contenido teórico y práctico al núcleo principal de las Comunidades Terapéuticas.

Los más antiguos precedentes de CC. TT. religiosas europeas datan de Gheel (1850) y de lo que actualmente se pudiera considerar “terapia de grupo en Comunidad” los hemos localizado en Estados Unidos con la apertura (1889) de la “Hull House” de Jane Addams (1860-1935), socióloga feminista y Premio Nobel de la Paz en 1931, la cual extrajo la idea de Samuel A. Barnett, pastor evangelista y fundador del Toynbee-Hall (Inglaterra) unos años antes (Huertas García, 1988).

No se puede establecer una relación lineal desde Addams en la fundación de Alcohólicos Anónimos finalizada la Ley Vostad (Seca) en Estados Unidos, pero no hay duda del enlace entre los postulados de Alcohólicos Anónimos con la experiencia de Dederich con Synanon en sus “Lugares de Vida” para marginados–drogodependientes y los posteriores programas Daytop, que asumieron varios de sus postulados, incluyendo la “confrontación en grupo”, pero se distanciaron del “aislamiento de por vida”.

1.3. Las Comunidades Terapéuticas en España

De 1979 a 1984 se produce una eclosión de Centros Asistenciales para drogodependientes en España, hasta superar los 300. De estos, más de un centenar se definían como CC. TT, representando la parte más sustancial de la asistencia que se daba en España y se destinaban, casi exclusivamente, a personas adictas a la heroína (Larraña, 1985). La moderna y profesional C.T.D. española nunca pretendió ser “lugar de vida”, al estilo Synanon de Dederich.

El modelo Daytop llegó a España desde diferentes propuestas, por el desarrollo natural de auto-ayuda (Alcohólicos Anónimos) con escasa participación de profesionales, que determinaron de manera indirecta, pero por su eficacia y bajo coste, unos modelos generales de organización que todavía hoy se observan con modificaciones, en muchas CTD; las cuales se han ido profesionalizando, ya sin el “fantasma de la heroína-prohibición”, combinando diferentes enfoques psicopedagógico-socio-terapéuticos, al servicio de personas que fracasan en sus tratamientos ambu-

latorios o sufren enfermedades asociadas (patología dual o múltiple) y requieren de internamiento temporal en un medio protegido, integrados en redes autonómicas (Llorente del Pozo y Fernández Gómez, 1999).

Hay que destacar, además, que no significó para las nuevas organizaciones españolas la adhesión teórica lineal a los postulados Daytop ni a los “Lugares de vida” propuestos por Dederich, puesto que las CC. TT. de los años 86 evaluadas, creadas en su inmensa mayoría entre 1979-1986 (Rodríguez Cabrero y Comas, 1988) –exceptuando a las iniciativas evangélicas– nacieron según postulados profesionales de diferente signo; impulsaron la creación de redes públicas y se desarrollaron entre la indiferencia y el rechazo de las autoridades del PNSD siguiendo sus diferentes cimientos teóricos que todavía persisten y les continúan dando sentido o “personalidad institucional” en el entramado asistencial del siglo XXI.

En este periodo, en España, se produce un cambio casi único en Europa: el proceso de diferenciación del sector de las CC. TT. profesionales respecto de las no profesionales y el impulso del asociacionismo.

En 1986 se constituye la Asociación de Profesionales de CC. TT. (APCTT) que propugna un modelo de C.T. profesional en base a los siguientes principios (APCTT 1989):

- La definición del concepto de “profesional”,
- La aceptación de las directrices “científicas” en la práctica asistencial, en especial las directrices terapéuticas y pedagógicas
- La existencia de un equipo multidisciplinar, diferenciado del grupo de residentes y con contrato laboral.
- Programa asistencial descrito, claro, abierto y en permanente revisión.
- Criterios de diagnóstico, admisión y alta.
- Existencia de protocolos médico, psicológico y social.
- Propiciar la formación de los propios profesionales.

- Sistema de evaluación de resultados y análisis autocrítico.
- Colaboración con programas de tratamiento amplio y global.
- Tiempo limitado de estancia del/la residente en la C.T..
- Propósito de integración del/la residente a la vida social común.
- Respeto estricto a los derechos de los/as usuarios/as.
- Abrir un debate sobre la ética de las CC. TT.
- Control objetivo y garantizado de la abstinencia de drogas de abuso.
- Inexistencia de adoctrinamiento ideológico.

El APCTT también elaboró el primer sistema de homologación de las CC. TT. profesionales (Comas, 1994) así como el sistema estándar de evaluación y seguimiento (Carron Jernández y Llorente, 1996).

Este movimiento asociativo representó el primer referente profesional, tanto por la administración como por las instituciones, del modelo, así como la asunción de criterios claros de profesionalidad en el sector.

Las CC. TT. actuales han desarrollado y evolucionado muy significativamente respecto a sus orígenes históricos; aun así, el término C.T. resulta genérico y poco preciso, aplicándose a una gran variedad de instituciones residenciales, de titularidad pública o privada, que han conseguido en alguno de los casos un alto grado de sofisticación. Un respetable número de estas mantiene como referente el modelo de C.T. tradicional americano, mientras que otros más profesionalizadas, han adoptado modelos alternativos, combinando la auto-ayuda con postulados de la atención individualizada en salud mental, morbilidad médica, calidad (Martín y Fernández, 1996) y servicios asistenciales comunitarios (Aramendi, 2005).

1.4 Evolución de las CC. TT. en Cataluña

Las comunidades terapéuticas surgen por iniciativa del movimiento asociativo como respuesta, en tiempo real, al problema de las drogodepen-

dencias a comienzos de los años 80, dando una atención atomizada y con recursos precarios. No existía la coordinación formal entre centros, ni consenso de programas, ni se compartían experiencias. Cada centro aplicaba su propia metodología y filosofía de intervención.

En Cataluña, como el resto del Estado, no había ninguna legislación autonómica hasta que el Parlamento aprobó la Ley 20/1985 de prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia.

Esta ley que fue pionera en el Estado, tenía como objeto “establecer y regular las medidas y las acciones que tienen que permitir una actuación efectiva de las administraciones públicas de Cataluña en el campo de la prevención y la asistencia de las situaciones a que dan lugar las sustancias que pueden generar dependencia con objeto de coadyuvar al esfuerzo solidario de toda la sociedad para mejorar la atención social y sanitaria de las personas afectadas por la problemática generada por el uso o el abuso de estas sustancias”.

Se da por supuesto que en todo el en lo referente a las actuaciones desde la vertiente sanitaria sobre “sustancias que afectan los estados de conciencia” no podía ser abordado por el Parlamento, puesto que estas competencias siempre las mantuvo el Estado, habiéndose creado al 1986 el Órgano Técnico de Drogodependencias (OTD) que ejercía las funciones de planificación y programación derivadas del despliegue de esta ley en el marco del PNSD y de enlace de coordinación estatal, entonces modificada por las leyes 10/1991, 8/1998 y 1/2000.

En 1986 también se constituye la Comisión de Coordinación y de Lucha contra las Dependencias de Drogas que pretende dar respuesta a la necesidad de desarrollar una acción coordinada entre los diferentes departamentos del Gobierno y las administraciones locales. Esta Comisión ejerce las funciones de planificación y programación del despliegue de la Ley y dentro del ámbito estatal se coordina con el Plan Nacional sobre Drogas.

En 1987 el Órgano Técnico de Drogodependencias recibe el encargo de elaborar un Plan de ac-

tuaciones aprobado por el Consejo Ejecutivo y presentado en comisión al Parlamento de Cataluña que determina un conjunto de propuestas de actuación coordinadas entre las diferentes administraciones de Cataluña para prevenir las drogodependencias y facilitar asistencia y rehabilitación a las personas afectadas.

Dentro del ámbito estatal se coordina con el PNSD, que lo financia en parte. Ambos planes querían ser una respuesta de la Administración a la fuerte exigencia social de resolver el problema del consumo de heroína, aunque el Plan de Cataluña se dirige a todas las drogodependencias y considera los problemas relacionados con el alcohol y las drogas desde una perspectiva de salud pública. Si bien en una parte considerable del territorio español la atención a las drogodependencias se asumió desde la Red de Salud, en Cataluña se constituyen dos redes paralelas: la Red de Salud Mental y la Red de Atención a las Drogodependencias (XAD). La XAD queda así integrada por centros dependientes de varios organismos (administraciones locales, organizaciones no gubernamentales, Instituto Catalán de la Salud), sus actividades están coordinadas por el Órgano Técnico y con la colaboración del Departamento de Acción Social y Ciudadanía.

A nivel funcional, la XAD queda estructurada en cuatro niveles asistenciales:

- Primer nivel. Atención primaria sanitaria y social. (diagnóstico de la detección precoz y de consumidores de riesgo)
- Segundo nivel. Centros de atención y seguimiento de las drogodependencias (CASO), que al principio estaban sectorializados a partir de una base geográfica comarcal. Ofrecen tratamiento especializado en régimen ambulatorio. Están integrados por equipos multidisciplinarios y diseñan un programa de tratamiento que puede incluir la utilización otros dispositivos especializados de la XAD.
- Tercer nivel. Unidades hospitalarias de desintoxicación, Comunidades Terapéuticas.
- Cuarto nivel. Centros y programas de reinserción.

A nivel de financiación, la XAD pertenece al Departamento de Salud, excepto las CC. TT. y los programas de reinserción, que están subvencionados por el Departamento de Acción Social (ICASS). Este será un tema que influirá en la propia evolución de estos dispositivos.

Hasta la regulación del sector de atención de las drogodependencias en Cataluña, que se llevó a cabo con la formación de la Red de Atención a las Drogodependencias (XAD), había cierta confusión sobre qué era y qué no era una C.T., las equiparaciones residenciales existentes provenían, como se ha dicho, de diferentes ámbitos y filosofías.

Partiendo de las premisas, diferentes orígenes y concepciones filosófico-científicas de diferente signo ya comentadas, las CC. TT. de Cataluña observaron una tendencia hacia la profesionalización, sin dejar de lado sus postulados centrados en el valor del Grupo y la Experiencia como agentes normalizadores y la intervención profesional multidisciplinar, y se abriera el camino hacia el compromiso de la persona en su proceso de cambio, rehabilitación e integración social (modelo profesional centrado en la Persona).

Desde el inicio partieron diseños y planteamientos teóricos profesionales, algunos más considerados y otros menos. Con unos programas de corta o media estancia, donde se trabajaba con el drogodependiente como responsable de su propio proceso, del objetivo final y compartido salía la reinserción o inclusión social de los mismos.

Las entidades que quedan actualmente como dispositivos de la XAD, han nacido profesionales o han hecho cambios hacia un modelo profesional, aunque su origen haya sido uno de los antes mencionados.

En 1998 se hace el primer intento de sistematizar desde las entidades y la ICASS, la elaboración de una "Cartera Mínima de Servicios", publicada en 2001. Es cuando se define la Misión, la Visión y los Valores y se indican los elementos mínimos con los que tiene que contar y ofrecer una C.T. que se considere profesional.

Se funda la Coordinadora de CC. TT. y PP. RR. con, entre otros, los siguientes objetivos:

- Promoción y desarrollo de estos dispositivos como modalidad de atención y tratamiento profesional.

- Colaboración y cooperación con la Administración en la función pública de atención a los drogodependientes, así como con la determinación de las estrategias, planes y políticas al respecto.

- Desarrollo de la investigación, del trabajo científico y de la calidad; promoción de todo tipo de estudios de nuestros servicios para contribuir a la eficacia en la gestión y sostenibilidad de los mismos...

- Constituirse en grupo de defensa de los intereses del sector de las CC. TT. y PP. RR. para drogodependientes.

- Compromiso de defensa y de aplicación de la Cartera de Servicios Mínimos. Adecuar los costes de los servicios y sus programas y optimizar la forma de contratación de los servicios con la Administración.

El 28 de febrero de 2006 se aprueba el Plan Director de Salud Mental y Adicciones, presentado por el Departamento de Salud y elaborado con la participación de todos los Departamentos implicados: Acción Social y Ciudadanía, Justicia, Trabajo, Educación, y Salud.

Este Plan define los objetivos fundamentales para establecer las intervenciones y acciones prioritarias que hay que llevar a cabo por parte del sistema sanitario y otras instituciones implicadas.

2. MARCO TEÓRICO DE LA INTERVENCIÓN

El marco teórico de la C.T. tiene un referente comportamental y un referente democrático: Intenta conseguir el equilibrio entre la dirección de la conducta y la organización de autonomía y de competencias individuales de los usuarios.

Se nutre de:

1. El modelo de C.T. americano, estructurado y normativo, más próximo a la modificación de la conducta.

2. Las ideas y el contexto de la C.T. en el marco

democrático inglés, basadas en la psiquiatría comunitaria y lo aprendizaje social (Maxwell Jones, 1970).

3. Los grupos de ayuda mutua.

4. El modelo comunitario y las metodologías de intervención comunitaria en colectivos territorialmente localizados y con problemáticas compartidas entre sus miembros.

5. Modelo biopsicosocial tanto desde el punto de vista de la comprensión fenomenológica como desde el de intervención asistencial.

La drogodependencia, al considerarse un fenómeno multicausal y multidimensional, a menudo requiere también de un abordaje igualmente múltiple que permita una intervención simultánea en las diferentes áreas a tratar. Buena parte de esta multicausalidad es de etiología "interna", es decir, producto de carencias, de aprendizajes erróneos, etc. de la propia persona, pero no pocas veces es de causalidad "externa" (estímulos ambientales, relacionales, etc.) difíciles de aportar en consulta por su análisis y diagnóstico y más difíciles todavía de abordar y tratar simultáneamente con los otros factores "internos".

3. DEFINICIÓN DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA: EJES ESPECÍFICOS DE LA INTERVENCIÓN

3.1 Definición del servicio

La Comunidad Terapéutica es un recurso asistencial profesionalizado que, enmarcado dentro de la asistencia terciaria de la salud, proporciona servicios especializados de tratamiento, que dan continuidad y complementan las intervenciones terapéuticas iniciadas en la Atención Primaria/ Secundaria de Salud. Interviene en el proceso terapéutico de rehabilitación de drogodependientes cuando se precisa una intervención más amplia, intensiva, y dilatada del enfermo, incidiendo sobre su conducta adictiva, sus problemas psicosociales, los trastornos emocionales y relacionales, y sobre los comportamientos sociales cuando, por su magnitud y/o cronicidad, fracasa o no basta con su abordaje en régimen ambulatorio.

En esencia, la C.T. es la reproducción de un espacio social construido con la finalidad terapéutica de proporcionar a sus usuarios, un tratamiento integral que añade a las intervenciones tradicionales la potencia reeducadora de la experiencia participativa en la vida comunitaria, experiencia orientada a conseguir el control y la extinción de las conductas adictivas.

Son aspectos característicos de este tratamiento comunitario:

- Intervención psicoterapéutica individual, entendida como el tratamiento del estado psíquico del usuario, mediante la relación dual entre este y el psicoterapeuta, así como el conjunto de técnicas, pautas, compromisos y trabajos que se derivan.

- Énfasis en el grupo, la cohesión grupal y las interacciones entre sus miembros para promover el aprendizaje social

- Participación activa del paciente en el desarrollo de su propio tratamiento con seguimiento próximo y cotidiano de su evolución.

- Intervención socioeducativa, entendida como el proceso de ayuda y asistencia que se deriva de la intervención profesional.

- La terapia ambiental, entendida como diferentes elementos del medio que inciden como estímulo positivo y de efectos potencialmente terapéuticos.

- La terapia ocupacional y el tiempo programado de ocio, fundamentalmente la utilización del trabajo y de la actividad y creatividad personal, con finalidad educativa, terapéutica e integradora.

- Intervención bio-médica-psiquiátrica individualizada desde el ingreso hasta el alta con apoyo y control de medicación que incluye la coordinación con profesionales sanitarios externos.

- La existencia de una cultura institucional propia y distintiva que, como conjunto de creencias, actitudes y pautas de conducta, regulan la cotidianidad de la C.T. proporcionando cohesión y sentido comunitario de sus miembros y que, al mismo tiempo, actúa como primer modelo personal y social de conducta y de valores, válida para susti-

tuir los hábitos y pautas de conducta vinculadas a lo largo del periodo de adicción.

3.2. Principios de la intervención

Las CC. TT. desde su particularidad de micro sociedades donde se acaban reproduciendo los modelos y comportamientos individuales, y donde se posan en manifiesto las principales dificultades de cada persona, permiten la intervención terapéutica grupal e individual, de forma simultánea desde las diferentes vertientes (psicológica, sanitaria, educativa, relacional...). Esta simultaneidad de intervenciones dentro de un mismo marco global que proporciona coherencia y elementos reales y compartidos de trabajo, de evolución y de cambio personal dentro de un mismo contexto común, es la base del modelo comunitario de intervención característico de las CC. TT.

Tal y como queda recogido en el *Manual de buenas prácticas: Comunidades terapéuticas y pisos con apoyo para personas con problemas de drogodependencias*, y teniendo en cuenta la definición de la OMS que contempla la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, los principios que orientan todas las intervenciones en la C.T. se pueden resumir en los siguientes puntos:

- Atención centrada en la persona: teniendo en cuenta que cada persona es única y diferente, la planificación de la intervención tiene que partir de una evaluación cuidadosa de sus necesidades y potencialidades, así como de la evaluación de su entorno.

- Inclusión comunitaria: hay que disponer y desarrollar programas que prevean la implicación y participación en el tejido social.

- Capacidad de escoger: toda intervención tiene que contemplar el derecho y la responsabilidad de las personas de escoger como tiene que ser su vida, y de participar de manera activa en la toma de decisiones que le afectan.

- Diversidad: la intervención tiene que estar planificada porque llegue a todas aquellas personas que se pueden beneficiar, sin ningún tipo de dis-

criminación por razones de género, raza, religión, creencia o filiación de naturaleza política.

- Flexibilidad: en lo posible, hay que adecuar la intervención a las necesidades de cada persona, teniendo en cuenta las líneas del Programa Terapéutico de cada centro y del Reglamento de Régimen Interno.

- Funcionalidad: la intervención tiene que estar dirigida a la mejora de los déficits y carencias de cada persona, favoreciendo su desarrollo personal integral incluyendo los aspectos biomédicos y la movilidad reducida.

- Calidad de vida: el proceso terapéutico tiene que favorecer la calidad de vida de las personas atendidas a la salida del centro. Este tiene que ser resultado clave de la intervención; tiene que ser el objetivo de la intervención.

- Calidad: la intervención tiene que tener un ánimo de mejora permanente, disponiendo de instrumentos para detectar déficits y estableciendo de estrategias de mejora.

- Trabajo interdisciplinario: la intervención tiene que estar dirigida por un equipo multidisciplinar que trabaje de forma interdisciplinaria y se coordine con los otros agentes o servicios que se requieren para poder hacer el abordaje y tratamiento amplio de la persona.

BIBLIOGRAFÍA

- Aramendi Jauregui, P. "La inserción laboral de las personas con problemas de drogas", 2005. <http://tecnologiaedu.us.es/formaytrabajo/Documentos/aramendi.pdf>

- Bion, W.R. *Experiences in groups*, Human Relations, vols. I-IV, 1948-1951, Reprinted in *Experiences in Groups*, 1961.

- Bones pràctiques: Comunitats terapèutiques i pisos amb suport per a persones amb problemes de drogodependències. Col·lecció Eines 3. Generalitat de Catalunya, Departament d'Acció Social i Ciutadania. Barcelona, 2009.

- Carron Jernandez C; Llorente, J.M "Sistema estándar de evaluación de la APCTT". Barcelona.

APCTT, 1995.

- Comas, D. "Criterios y normas para la homologación de Comunidades terapéuticas Profesionales para toxicómanos". Barcelona. APCTT, 1994.

- Durkheim;E. *De la division du travail social*, 1893 /*Les règles de la méthode sociologique*, 1895.

- Goic, A. *Grandes médicos humanistas*, págs 75-84; Editorial Universitaria, Santiago de Chile. 2004.

- Gracia, D. "El nacimiento de la clínica y el nuevo orden de la relación médico-enfermo", en *Cuadernos Hispanoamericanos* 446-47, y Mainetti, J.A. *La crisis de la razón médica* (Cap. "La crisis de la razón clínica"), Quirón, La Plata 1988.

- Hernández Monsalve, M; *Imágenes de la Psiquiatría Española*. Asociación Mundial de Psiquiatría. Ed. Glosa. Barcelona 2004; págs: 585-602 .

- Huertas García-Alejo, R: *Comunitat de Gheel y los canónigos de Santa Dimphe* (Bélgica; mediados siglo XIX) R.AEN. Vol. VIII. N.O 25.1988.

- Larraña, E. "1985 - Las Drogas como problema social: tipologías y tratamiento". *Reis* 34/86 págs 83-109

- Llorente del Pozo; M.; Fernández Gómez, C. "Comunidades terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro". *Revista "Adicciones"*, 1999; Vol 11 Núm.4. Págs: 329-336.

- Martín, J.; Fernández Gómez, C. "Indicadores de calidad en CTD", 1996.

- <http://www.google.es/indicadores> de calidad en Comunidades Terapéuticas.

- Rodríguez Cabrero, G.; Comas Arnau, D. "La integración social de drogodependientes"; PNSD 1988 (Estudio 1986-87).

LA REDUCCIÓN DE DAÑOS EN LA INTERVENCIÓN CON DROGAS: CONCEPTO Y BUENAS PRÁCTICAS

COMISIÓN DE REDUCCIÓN
DE DAÑOS DE RIOD

RESUMEN

La Reducción de Daños es un enfoque pragmático y humanitario orientado a la disminución de los daños personales y sociales asociados con el consumo de drogas.

La Reducción de Daños, sin negar la conveniencia de la abstinencia, plantea estrategias y servicios, complementarios a los ya existentes y que buscan, a corto plazo y con un enfoque biopsicosocial, aminorar los efectos negativos derivados del consumo de sustancias en la persona, y en la sociedad en general, evitando posibles problemas de salud pública.

La Reducción de Daños, además, ampliando el abanico de intervenciones, consigue visibilizar y acercar a las personas que por su situación de estigma, marginalidad y/o deterioro que no llegan a las redes normalizadas y dispositivos de atención.

PALABRAS CLAVES

Reducción de daños; América Latina y Caribe; Derechos humanos; Salud Pública.

ABSTRACT

Harm Reduction is a pragmatic and humanitarian approach focused to decrease of personal and social harms linked with drug consumption.

Harm Reduction, not denying the convenience of abstinence, purpose strategies and services, complementary to existed ones and oriented, short-term and with biopsychosocial approach, to decrease negative effects linked with substances consumption in the person and in Society in general, avoiding possible public health problems. Further, Harm Reduction, increasing the possibilities of intervention, allow to give visibility and connection to people that, by their stigma, marginality and/or deterioration situation can't achieve to normal treatment and centers networks.

KEY WORDS

Harm reduction; Latin America & Caribbean; Human rights; Public health.

RIOD Y LA REDUCCIÓN DE DAÑOS

La reducción de riesgos y daños es un enfoque que se viene desarrollando en las políticas de drogas a nivel mundial desde hace varias décadas y que en los últimos años ha tomado mayor fuerza, tanto en la política internacional (UNGASS 2016, Segmento Ministerial del CND 2019) como en políticas locales. Se trata de un enfoque pragmático y humanitario orientado a la disminución de los daños personales y sociales asociados con el consumo de drogas, basándose en el reconocimiento práctico de que, a pesar de los muchos esfuerzos realizados a lo largo de la historia, no hay evidencias de intervenciones efectivas para eliminar el uso total de drogas o problemas relacionados con las drogas en cualquier comunidad, ciudad o país, y que, por lo tanto, se deberán plantear políticas, programas y prácticas transversales, de atención integral, y comprometidas con la salud pública y los derechos humanos.

La reducción de riesgos y daños no niega el valor de ayudar a las personas a ser libres de drogas o la conveniencia de la abstinencia como una meta final, simplemente reconoce que para muchos consumidores de drogas son objetivos distantes y, por lo tanto, se deberán enfocar servicios en el corto plazo, y con un enfoque integral biopsicosocial, que adopten un plan de acción que reduzca los daños y riesgos a la persona –y en consecuencia a la sociedad en general– evitando que se convierta en un problema de salud pública.

En el informe elaborado por Intercambios Asociación Civil y la RIOD, como representantes de la región de América Latina y el Caribe en el Civil Society Task Force para la UNGASS 2016, ya se planteaba que los objetivos de las políticas de drogas deberían centrarse en una atención integral, que incluyese medidas de reducción de riesgos y daños basadas en la evidencia, siendo para ello necesario que los Estados reorientasen sus prioridades y llevasen a cabo una redistribución de la inversión. En relación a esto último, preocupan especialmente los datos presentados en el informe *Harm Reduction International Global State of Harm Reduction* (2016), donde muestra como desde 2014 no ha habido ningún aumento del número de

países que implementan programas de reducción de riesgos y daños, al tiempo que advierte que si continúa sin abordarse el retroceso de la financiación de este tipo de servicios, será inevitable que se produzcan nuevos repuntes en las infecciones por el VIH y la hepatitis C entre las personas usuarias de drogas.

Aquellos países que han incorporado el enfoque de reducción de riesgos y daños en sus políticas nacionales han experimentado la posibilidad de implementar aproximaciones innovadoras y complementarias a las ya existentes, ya que estas medidas amplían el abanico de intervenciones, visibilizando la exclusión social y el estigma que viven muchas de las personas que usan drogas. Por otro lado, los resultados obtenidos permiten asegurar la legitimidad que tienen las intervenciones basadas en el enfoque de reducción de riesgos y daños, ya que existe amplia evidencia de su efectividad e impacto en la salud y calidad de vida de las personas.

Asimismo, además del reconocimiento que ha otorgado el vasto consenso científico, la reducción de riesgos y daños también cuenta con el apoyo de la Asamblea General en el Consejo Social y Económico y del Consejo de Derechos Humanos.

No obstante, en muchas partes del mundo todavía existe un débil desarrollo, comprensión, cuando no rechazo, de las políticas y abordajes en reducción de riesgos y daños, como es el caso de América Latina y Caribe, aun cuando la realidad que están experimentando precisa de este tipo de prácticas. En base a esta problemática planteamos esta iniciativa, ubicada en América Latina, que tiene por objetivo vencer las resistencias actuales a la implementación de la reducción de riesgos y daños como parte indispensable e incuestionable para unas políticas de drogas con perspectiva de salud pública y respetuosa con los derechos humanos, y, por otro lado, aportar conocimientos y orientación para una incorporación práctica de esta perspectiva en políticas de drogas, y en concreto en programas preventivos y servicios de atención.

En este escenario, RIOD se planteó, durante el año 2018, iniciar una estrategia con el objetivo

común de fomentar el enfoque de reducción de riesgos y daños en las políticas públicas, estrategias y programas, dirigida a tomadores de decisión, líderes de opinión y a profesionales que a partir de sus prácticas, programas y servicios hagan posible la implementación del enfoque de reducción de daños en las mismas.

La estrategia, supervisada por la comisión de reducción de daños de la RIOD, y por expertos internacionales, ha lanzado diferentes acciones en respuesta a 3 objetivos específicos:

1. Sensibilizar y vencer resistencias a la implementación de políticas y estrategias de reducción de daños.
2. Conocer y visibilizar el trabajo que se realiza desde un enfoque de reducción de daños por las organizaciones miembros de RIOD u otras de Latinoamérica
3. Impulsar políticas e intervenciones que incorporen el enfoque de reducción de riesgos y daños

El primero de los objetivos se alcanza a través de ‘Cuento Contigo, Cuenta Conmigo’, una campaña informativa y de sensibilización, financiada por la Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, y creada para ayudar a construir y defender argumentos a favor de la implementación de la reducción de daños.

Se trata de facilitar la labor de responsables de políticas públicas de drogas de América Latina y de organismos e instituciones que intervengan en la región, pero también a toda la población en general entre la que esperamos poder desmontar los mitos y reforzar las realidades que existen alrededor del enfoque de reducción de daños.

El segundo y tercer objetivo se ven cubiertos con la publicación de la que aquí hablamos, que no sólo actúa como instrumento de intercambio, recopilación y difusión de experiencias y buenas prácticas desarrolladas en diferentes países, sino que, además, recoge diferentes conceptos, conocimiento y herramientas que facilitan la incorporación del enfoque de reducción de riesgos y daños en programas y servicios ya existentes en la actualidad, como también lineamientos para la creación

de nuevos recursos. De hecho, usando como base su contenido se pretende, a través formación de profesionales, y de generación de documentos y espacios profesionales facilitar la incorporación del enfoque de reducción de daños en la atención, tratamiento y prevención de drogas desde aproximaciones innovadoras y complementarias a las ya existentes.

En este sentido, ya se realizó en el mes de noviembre de 2018, en el Centro de Formación de la Cooperación Española en Cartagena de Indias (Colombia) una primera capacitación sobre políticas y programas de reducción de riesgos y daños asociados al consumo problemático de drogas dirigida a responsables de las políticas públicas del área de salud de las administraciones públicas y organizaciones colaboradoras de la sociedad civil de países de América Latina y el Caribe en la que contamos con la participación de participantes de Argentina, Colombia, Costa Rica, Ecuador, España, y Guatemala.

Con estas acciones, desde RIOD, hemos querido hacer una llamada de atención sobre la reducción de daños, un enfoque solidario, ético y eficaz, necesario en toda estrategia de drogas para acercar a las personas más vulnerables a los recursos existentes y a través del que, poniendo el foco en la persona, se puede atender a cada cual en el momento y nivel de necesidad en el que se encuentra, respetando sus ritmos y haciéndoles sentir protagonistas de su propio cambio, garantizándoles el trato digno que toda persona merece.

GUÍA: CONCEPTO Y BUENAS PRÁCTICAS

Por reducción de daños entendemos todas aquellas “políticas, programas y prácticas orientadas principalmente a reducir las consecuencias adversas sanitarias, sociales y económicas derivadas del consumo de drogas psicoactivas legales e ilegales, sin abandonar necesariamente el consumo de drogas” (Reducción de Daños Internacional -HRI-, 2018). Es un concepto que engloba tanto a la salud pública, como a los derechos

humanos, una estrategia fuertemente arraigada en el humanitarismo que rechaza todo tipo de discriminación, estereotipo y estigmatización de las personas que usan drogas.

En la publicación “La reducción de daños en la intervención con drogas. Conceptos y buenas prácticas” se encontrarán seis apartados diferenciados.

En los dos primeros se expone la visión conceptual de la reducción de riesgos y de daños, y el enfoque de sus intervenciones en el contexto de España y América Latina.

En el apartado tercero y cuarto se identifican los dispositivos y programas de reducción de riesgos y daños y las herramientas para evaluar la calidad de este modelo de intervención.

Finalmente, en las dos últimas secciones se identifican ejemplos de buenas prácticas en este campo en España y en América Latina. Entre las que destacan varias desarrolladas por nuestras entidades socias, pioneras en la implantación, de manera exitosa, del enfoque en sus intervenciones.

BIBLIOGRAFÍA

De Andrés, M., & Rodés, A. (1995). La atención a los consumidores de drogas que no siguen tratamiento. *Jano*, 1140, 97-104.

De la Fuente, L., Barrio, G., Vicente, J., Bravo, M. J., & Santacreu, J. (1995). The impact of drug-related deaths on mortality among young adults in Madrid. *American Journal of Public Health*, 85(1), 102-105.

Del Olmo, R. (1987) *La cara oculta de la droga*. Bogotá. : Editorial Temis S.A.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPND). (1992). *Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 91*. Ministerio de Sanidad: Madrid.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPND). (2017). *Informe de evaluación final. Estrategia nacional sobre drogas 2009-*

2016. Ministerio de Sanidad: Madrid.

Gamella, J.F. (1990). *La historia de Julián. Memorias de heroína y delincuencia*. Madrid: La historia de Julián: Memorias de heroína y delincuencia Editorial Popular. <https://core.ac.uk/download/pdf/39107602.pdf>

Gamella, J. F. (1997). *Heroína en España, 1977-1996. Balance de una crisis de drogas. Claves de razón práctica*, 72, 20-30.

Godoy, A., Ramos, B., Santanna, M., Marcondes, R. (2014) *Fórum estadual de redução de danos de São Paulo. Construção, diálogo e intervenção política*. São Paulo: Corrego <http://edelei.org/pag/ferd>

Goltzman, P., Amorín, E. (2013) *Prácticas de trabajo en drogas. De la acción a la reflexión*. Buenos Aires. : Intercambios Asociación Civil. <http://intercambios.org.ar/es/practicas-de-trabajo-en-drogas-de-la-accion-a-la-reflexion-y-vuelta/>

Grover, A. (2009) *Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Presentado de conformidad con la resolución 6/29 del Consejo de Derechos Humanos*. Viena. ONU

Harm Reduction International. (2018). *What is harm reduction?* Recuperado de: <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction>.

Harm Reduction International. (2016). *Global State of Harm Reduction*. Recuperado de: <https://www.hri.global/global-state-of-harm-reduction-reports>.

Machin, J. y Velasco, M. (2004) *Panorama de la reducción de daños relacionados con el uso de las drogas: recuento de dos encuentros internacionales*. *LiberAddictus* núm. 77. <http://www.liberaddictus.org/Pdf/0854-82.pdf>

Markez, I., & Póo, M. (2003). *Drogodependencias: Reducción de daños y riesgos*. Eusko Jaurizararen Argitalpen Zerbitzu Nagusia= Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Milanese, E. (2013) Tratamiento comunitario. Manual de trabajo I. Sao Paulo. : Instituto Empodera, Secretaria Nacional de Políticas de Drogas (SENAD).

Moraes, M., Montenegro, M., Medrado, B., Romaníl, O. (2015), Los retos de la reducción de daños como política pública de drogas en Brasil. *Psicología em Pesquisa* No. 9(2) p.p148-158

OMS. (1974). Expert Committee on Drug Dependence. Twentieth report. World Health Organ Tech Rep Ser. p. 1–89.4

MUJER Y ADICCIONES: HACIA UN CAMBIO DE PERSPECTIVA

RESUMEN

La intervención social con mujeres con problemas de adicciones está viviendo un cambio de paradigma gracias a la incorporación del enfoque de género. Tener en cuenta esta perspectiva, no solo favorece la adherencia al tratamiento sino también tener en cuenta las necesidades reales de las mujeres y su subjetividad. Su inclusión en la red de adicciones ha permitido hacer cambios estructurales en el modelo de intervención, en el diseño de los servicios, así como en el abordaje de los temas de género tanto con personas usuarias hombres como mujeres, y por supuesto en la propia formación y procedimientos de actuación de las y los profesionales.

PALABRAS CLAVES

Perspectiva de género; Intervención terapéutica; Cambio de paradigma; Mujeres con problemas de adicciones; Atención integral.

ABSTRACT

The social intervention with women with addiction problems is experiencing a paradigm shift thanks to the incorporation of the gender approach. Taking this perspective into account not only favors adherence to treatment but also takes into account the real needs of women and their subjectivity. Its inclusion in the network of addictions has allowed to make structural changes in the intervention model, in the design of the services, as well as in the approach of the gender issues with both male and female users, and of course in the training itself and procedures for action by professionals.

KEY WORDS

Gender perspective; Therapeutic intervention; Paradigm shift; Women with addiction problems; Holistic care.

ELISABETH ORTEGA SUÁREZ

Directora del Centro Terapéutico R.E.D.
de Mieres, Asturias y miembro de Junta
Directiva de UNAD

INTRODUCCIÓN

Nuestra sociedad está inmersa en un sistema patriarcal que genera desigualdades y que asigna roles a hombres y a mujeres que condicionan sus vidas. En el imaginario de esta sociedad, la mujer adicta se asocia con aspectos perniciosos, relacionados con el vicio y penalizada constantemente por no cumplir los roles que se esperan de ella como mujer (buena madre, hija, esposa, fiel...). Prejuicios que son determinantes a la hora de incorporarse en un recurso y que influyen notablemente en su patrón de consumo de sustancias.

La problemática asociada a las mujeres adictas es distinta en relación a los hombres. Sus circunstancias y especificidades se han de tener en cuenta a la hora de realizar la intervención terapéutica para lograr una mayor adherencia al tratamiento. Trabajar desde el enfoque de género nos permite analizar la problemática de las mujeres e intervenir teniendo en cuenta sus condiciones de vida y su propia subjetividad. Esta adaptación, no sólo hace referencia a la historia vital, patrón de consumo u otras circunstancias específicas, sino, adaptar, todo ello, a unos principios concretos y específicos de las personas, hombres y mujeres. Ello supone una mejor calidad del tratamiento y favorece la adherencia. Es fundamental pues, incluir, los elementos diferenciales por razón de género, necesarios para promover la igualdad de género, lograr el empoderamiento de la mujer con problemas de drogas y su proceso de rehabilitación.

El sistema patriarcal que impregna nuestra sociedad sigue perpetuando y asignando roles a hombres y mujeres, y determinando comportamientos ajustados a cada cual, así como decidiendo quien sale más o menos perjudicado/a sin objetividad alguna por llevar a cabo dichos comportamientos, tales como el consumo de drogas. (Castaño, 2016)

El género, que hace referencia al conjunto de aspectos psicológicos, sociales y culturales, valores, normas, comportamientos... que se asignan diferencialmente a hombres y a mujeres y que son interiorizados a lo largo de nuestras vidas,

determina una desigualdad estructural (Martínez Redondo, 2016), en la que se infravalora el género femenino frente al masculino.

Por todo ello, la perspectiva de género, sigue sin ser incorporada en la gran parte de iniciativas de promoción para la salud, y, por tanto, tampoco en el ámbito de las adicciones. Esto supone que todavía en la actualidad, se siga interviniendo con las personas con problemas de drogas como un "todo" indistinto, en el que destaca una perspectiva masculina, no teniendo en cuenta que el consumo de sustancias en mujeres, y las propias mujeres, tiene sus singularidades, sus especificidades, no especiales, sino distintas. Sin embargo, se continúa ofreciendo los mismos recursos y respuestas para hombres y para mujeres. (Sánchez Pardo, 2016)

Esta realidad se traduce en dificultades, que podemos observar en nuestros recursos, a luz de algunos estudios publicados recientemente:

- Baja adherencia al tratamiento
- Dificultades de acceso y permanencia como consecuencia de los horarios, funcionamiento, responsabilidades familiares...
- Mayor deterioro a ingreso, a nivel psicológico, social y de salud.
- Miedo a la abstinencia
- Presencia de pareja drogodependiente
- Temor a ser abandonada
- En el caso de mujeres con problemas de adicciones y víctimas de violencia de género, se encuentran con recursos fragmentados. En la red de drogas no se interviene sobre la sintomatología relacionada con la Violencia de Género y en la Red de Violencia, no se atiende la problemática del abuso de sustancias, siendo esta un motivo de exclusión para el ingreso o de expulsión en el caso de que se produjese una recaída.

En definitiva, se da un menor índice de ingresos de mujeres (un 16%, según datos de 2018 del Observatorio Nacional de Drogas).

Incorporar la perspectiva de género en adicciones nos permite intervenir en la problemática,

desde las especificidades de la mujer, sus condiciones de vida, su subjetividad, sus emociones, sus necesidades...

Las carencias afectivas, los conflictos y rupturas de pareja, la falta de autoestima, desvalorización y falta de confianza en sí mismas, la sintomatología psicológica, la escasa autonomía personal, el rechazo de su imagen corporal, que puede desencadenar en trastornos alimenticios, las dificultades interpersonales e integración en los grupos, el consumo de otras sustancias, concretamente de psicofármacos, las dificultades para asumir adecuadamente tareas en relación a los hijos e hijas y el funcionamiento familiar en general, son algunas de las necesidades diferenciales, de las mujeres con problemas de adicciones. (Sánchez, L. 2006).

Además, la perspectiva de Género en la intervención de las adicciones, nos permite realizar intervenciones desde la equidad (igualdad de derechos, deberes, oportunidades), fomenta estrategias para el cambio de las mujeres, desde la autonomía y la independencia. Permite entender y comprender, que ser mujer u hombre nos condiciona y determina. Permite contextualizar y comprender que la violencia de género es un problema social y cultural, ante el intento de perpetuar el sistema de jerarquías impuesto por la sociedad patriarcal. En definitiva, ofrece una nueva mirada, porque ayuda a detectar valores, roles y creencias sexistas

Por tanto, la incorporación de la perspectiva de género en nuestros programas y la propia dinámica de trabajo, incluye los elementos diferenciales por razón de género, necesarios para promover la igualdad y lograr el empoderamiento de la mujer con problemas de adicciones a lo largo de su proceso tratamental.

Con todo lo expuesto, la propuesta para el abordaje de la problemática de adicciones en las mujeres, está en desarrollar tratamientos de atención e intervención, adaptados a las peculiaridades personales, emocionales, biográficas, relacionales, familiares... de las mujeres, haciendo que la perspectiva de género sea transversal a todas las intervenciones que realizamos, pero incorporando intervenciones terapéuticas específicas con mujeres.

La relación desde la empatía y el vínculo terapéutico, son condiciones necesarias dentro de los tratamientos. Establecer una relación emocional entre la mujer y el o la profesional, favorece el éxito de la recuperación y la relación de ayuda (Romero, 2015) Ha de ser incorporado en la planificación inicial de la intervención, pero siempre respetando los tiempos de las mujeres.

Pese a ser sensible y complejo, el vínculo terapéutico les ofrece seguridad y confianza. Por esto, es importante enviar la confrontación, ya que coloca a las mujeres en una situación de subordinación, que afecta a su autoestima y puede favorecer abandonos (Romero, 2015).

Los mandatos de género, han supuesto un prejuicio para la autoestima de las mujeres, ya que los nuevos modelos de mujer, han generado expectativas excesivamente elevadas en las diferentes áreas de la vida familiar, laboral, relacional, sexual... Así pues, la autoestima, la maternidad, la sexualidad y las relaciones de pareja, son temas fundamentales a tratar con las mujeres con problemas de adicciones, y por supuesto, la Violencia de Género.

En relación a la maternidad, debemos tener en cuenta la ambivalencia que puede coexistir, en muchos casos vivida como motivación, en otros como carga, pero sin duda realizando siempre un análisis centrado en la mujer "que temeremos" delante. La "imagen social" está marcada por el incumplimiento de su rol de género, cuestionada y "marcada" por su entorno y la sociedad como "mala madre". Lo que, a su vez, también podría interferir en su autoestima al transgredir los roles establecidos (Castaño, 2016)

La infancia de las mujeres, se ve en muchos casos, está marcada por la presencia de los abusos sexuales, de un 32% al 66% (Fundación Atenea, 2006). Esta realidad da lugar a situaciones afectivas carenciales, que les genera confusión, ya que se identifica la intimidad con el sexo y el contacto sexual con un contacto afectivo. A partir de ahí se rememora el trauma sexual. Aparece un recuerdo doloroso en relación al abuso, acude al consumo de sustancias para "mitigar" el dolor, aparece la adicción y el intento posterior de recuperación,

y, en el estado de abstinencia, vuelve a revivir el trauma en relación al abuso sexual, en un fenómeno descrito por Simmons (1996) como el ciclo del trauma.

Esta realidad unida a las secuelas de la instrumentalización de la sexualidad durante el tiempo de abuso de sustancias, puede generar dificultades para mantener una intimidad afectiva e incluso disfrutar de la sexualidad.

Los estudios recogen que, aproximadamente, el 80% de las mujeres con un problema de adicciones son o han sido víctimas de algún tipo de violencia (Swift, 1996; Frye et al., 2001)

Esta realidad no puede ser obviada en la intervención con mujeres con problemas de adicciones, fundamentalmente, si en el momento de dicha intervención, viven o mantienen algún tipo de vínculo con el agresor, ya que viven en una situación de riesgo y desprotección. Pero además porque se debe intervenir en toda la sintomatología consecuencia de la violencia sufrida, siendo imprescindible trabajar sobre los efectos de la violencia para la mujer y para los hijos e hijas, profundizando en que la violencia no es sólo maltrato físico.

La mujer con problemas de adicciones y víctima de violencia de género tiene un mayor sentimiento de culpa, siente que no cumple con el rol que se espera de ella (nuevamente mandatos de género). Aparecen problemáticas asociadas como la prostitución, embarazos no deseados, problemas de salud, VIH... El consumo de sustancias, conlleva situaciones de mayor vulnerabilidad.

Con todo lo expuesto, en la red UNAD, a través de la comisión de Género y Adicciones, trabajamos desde hace tres años en visibilizar esta realidad, la realidad de las mujeres con problemas de adicciones, con el objetivo de sugerir temas y elaborar posicionamientos, que transmitan un mensaje genérico de sensibilización sobre la importancia de incorporar la perspectiva de género en el trabajo en adicciones.

Ello implica, sobre todo, dejar de concebir a las mujeres como un colectivo con necesidades especiales, pero también visibilizar, a través de la pers-

pectiva de género, que no se ha tenido en cuenta la experiencia femenina y las especificidades de las mujeres.

La Red de Atención a las Adicciones (UNAD) fue constituida en 1985. Engloba en torno a 216 entidades que, además de conformar su base social, comparten un modelo común caracterizado por ser integral e integrador, centrarse en la persona y abordar la perspectiva de género. Tiene como finalidad la lucha por los derechos de las personas con problemas de adicciones, y esto ha significado que, desde sus orígenes y hasta la actualidad, haya estado al lado de la realidad de estas personas, dando respuestas a sus necesidades, visibilizando su realidad y en definitiva, mejorando su calidad de vida. Pero, desgraciadamente, a pesar de ello, las personas con problemas de adicciones siguen sufriendo la exclusión, la estigmatización y la marginación social, circunstancia que se agrava aún más en el caso de las mujeres con problemas de adicciones, quienes sufren una doble penalización por parte de la sociedad, por ser mujeres y consumidoras de sustancias.

Desde las diferentes Comisiones de trabajo conformadas por personas expertas de la red UNAD, trabajamos y defendemos la incorporación de la perspectiva de género, pero también la especialización profesional. Consideremos que para realizar este trabajo, los y las profesionales, debemos adquirir la formación adecuada para poder realizar una intervención adecuada con las mujeres con problemas de adicciones.

Además, consideramos que es fundamental abordar las dificultades de las mujeres, derivando, coordinándonos como red. Las entidades de UNAD debemos trabajar y especializarnos para evitar los tratamientos fragmentados en el caso de las mujeres con problemas de adicciones y víctimas de violencia de género, pero sobre todo, CREER EN LO QUE HACEMOS, aportar, proponer y DAR VISIBILIDAD A ESTA REALIDAD.

CONCLUSIÓN:

La incorporación de la perspectiva de género en los programas de la red asistencial de adiccio-

nes no sólo es determinante para la calidad de la atención que se les da a hombres y a mujeres, rompiendo con los estereotipos y cuestionando los significados que se adjudican a la masculinidad y la feminidad, sino que es una necesidad para adaptar la atención a cada caso, de manera igualitaria, pero teniendo en cuenta las especificidades de las mujeres, facilitando la accesibilidad a los recursos, a los tratamientos y a la atención integral en función sus necesidades.

BIBLIOGRAFÍA:

- Frye, V. (2001). Intimate partner sexual abuse among women on methadone. *Violence Vict.*16 (5).553-564.

- Martínez Redondo, Patricia. (2016). Profesionales y formación en perspectiva de género: un reto pendiente. En *Perspectiva de género en la intervención en drogodependencias (91)*. España: Universidad de Deusto.

- Romero Sabater, Inmaculada. (2015). La intervención psicológica con mujeres víctimas de violencia de género. En *Guía de Intervención en Casos de Violencia de Género(91-131)*. Madrid: Síntesis.

- Castaño, Violeta. (2016). La urgencia de entender y atender a las mujeres desde la perspectiva de género. En *Perspectiva de género en la intervención en drogodependencias(71-74)*. España: Universidad de Deusto.

- Sánchez Pardo, Lorenzo. (2016). ¿Qué es el género?. *Drogas y Perspectiva de género*. Documento marco., 120.

- Sánchez Pardo, Lorenzo. (2006). Estudio de necesidades de tratamiento de las mujeres dependientes al alcohol de la Comunidad Valenciana. *Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana*.

- Simmons Katherine P, Sack Terry, Miller Geri. (1996). Sexual Abuse and Chemical Dependency: Implications for Women in Recovery. *Women & Therapy*, 19, 17-30.

- Swift, W., Copeland, J. y Hall, W. (1996). Characteristics of women with alcohol and other drug problems: findings of an Australian national survey. *Addiction*, 91, (8), 1141-1150.

COMISIÓN DE
ESTUPEFACIENTES
62º PERÍODO DE SESIONES
VIENA, 14 A 22 DE MARZO DE 2019
TEMA 6 DEL PROGRAMA PROVISIONAL *
RESULTADOS DE LA SERIE DE SESIONES
A NIVEL MINISTERIAL

Proyecto de declaración ministerial sobre el fortalecimiento de las medidas adoptadas a nivel nacional, regional e internacional para acelerar el cumplimiento de nuestros compromisos conjuntos de abordar y contrarrestar el problema mundial de las drogas

Nosotros, los Ministros y representantes gubernamentales que participamos en la serie de sesiones a nivel ministerial del 62º período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes, nos hemos reunido en las Naciones Unidas en Viena para hacer balance del cumplimiento de los compromisos contraídos en el último decenio con miras a abordar y contrarrestar conjuntamente el problema mundial de las drogas, en particular en vista de que 2019 es el año fijado como plazo en la Declaración Política y Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en Favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas de 2009¹, y para intensificar nuestros esfuerzos más allá de 2019;

Reafirmamos nuestro compromiso común de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas, lo cual exige adoptar medidas concertadas y sostenidas a nivel nacional e internacional, entre ellas acelerar el cumplimiento de los compromisos vigentes en materia de política sobre drogas;

Reafirmamos también nuestro compromiso de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas de plena conformidad con los propósitos y principios de la Carta de las Naciones Unidas, el derecho internacional y la Declaración Universal de Derechos Humanos², con pleno respeto de la soberanía y la integridad territorial de los Estados, el principio de no intervención en los asuntos internos de los Estados, todos los derechos humanos, las libertades fundamentales, la dignidad inherente a todas las personas y los principios de igualdad de derechos y respeto mutuo entre los Estados;

*E/CN.7/2019/1.

¹Véase Documentos Oficiales del Consejo Económico y Social, 2009, Suplemento núm. 8 (E/2009/28), cap. I, secc. C.

²Resolución 217 A (III) de la Asamblea General.

Reafirmamos además nuestra determinación de abordar y contrarrestar el problema mundial de las drogas y promover activamente una sociedad libre del uso indebido de drogas, a fin de ayudar a garantizar que todas las personas puedan vivir con salud, dignidad, paz, seguridad y prosperidad, y reafirmamos nuestra determinación de abordar los problemas sociales, de salud pública y de seguridad derivados del uso indebido de drogas;

Reiteramos nuestro compromiso de respetar, proteger y promover todos los derechos humanos, las libertades fundamentales y la dignidad inherente a todas las personas y el estado de derecho al formular y aplicar políticas en materia de drogas;

Recalcamos que la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972³, el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971⁴, la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988⁵ y otros instrumentos pertinentes constituyen la piedra angular del sistema de fiscalización internacional de drogas, acogemos con beneplácito los esfuerzos realizados por los Estados partes para asegurar la aplicación efectiva de esos tratados y cumplir lo dispuesto en ellos, e instamos a todos los Estados Miembros que aún no lo hayan hecho a que consideren la posibilidad de adoptar medidas para ratificar esos instrumentos o adherirse a ellos;

Ponemos de relieve que la Declaración Política y Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en Favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas de 2009, la Declaración Ministerial Conjunta del examen de alto nivel de 2014 por la Comisión de Estupefacientes de la aplicación por los Estados Miembros de la Declaración Política y el Plan de Acción⁶ y el documento final del trigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, titulado “Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas”⁷, representan los compromisos contraídos por la comunidad in-

ternacional en el decenio anterior para contrarrestar el problema mundial de las drogas y abordar, de manera equilibrada, todos los aspectos de la reducción de la demanda y medidas conexas, la reducción de la oferta y medidas conexas y la cooperación internacional identificados en la Declaración Política de 2009, así como otras cuestiones que se identificaron y trataron en profundidad en el documento final del trigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, celebrado en 2016, y reconocemos que esos documentos son complementarios y se refuerzan mutuamente;

Reconocemos que existen retos persistentes, nuevos y cambiantes que deberían afrontarse de conformidad con los tres tratados de fiscalización internacional de drogas, los cuales ofrecen a los Estados partes suficiente flexibilidad para formular y aplicar políticas nacionales en materia de drogas con arreglo a sus prioridades y necesidades, de conformidad con el principio de la responsabilidad común y compartida y con el derecho internacional aplicable;

Reafirmamos nuestro compromiso de adoptar un enfoque del problema mundial de las drogas equilibrado, integrado, amplio, multidisciplinario y basado en datos científicos, sobre la base del principio de la responsabilidad común y compartida, y reconocemos la importancia de incorporar adecuadamente las perspectivas del género y la edad en los programas y políticas relacionados con las drogas y que debería prestarse la debida atención a las personas, las familias, las comunidades y la sociedad en su conjunto, centrándose en particular en las mujeres, la infancia y la juventud, con miras a promover y proteger la salud, incluido el acceso al tratamiento, la seguridad y el bienestar de toda la humanidad;

Reafirmamos también el papel principal de la Comisión de Estupefacientes en su calidad de órgano normativo de las Naciones Unidas con responsabilidad primordial en materia de fiscalización de drogas, y nuestro apoyo y reconocimiento

3 Naciones Unidas, Treaty Series, vol. 976, núm. 14152.

4 Ibid., vol. 1019, núm. 14956.

5 Ibid., vol. 1582, núm. 27627.

6 Véase Documentos Oficiales del Consejo Económico y Social, 2014, Suplemento núm. 8 (E/2014/28), cap. I, secc. C.

7 Resolución S-30/1 de la Asamblea General, anexo.

por los esfuerzos de las entidades pertinentes de las Naciones Unidas, en particular los de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito en su calidad de principal entidad del sistema de las Naciones Unidas encargada de abordar y contrarrestar el problema mundial de las drogas, y reafirmamos además el mandato que corresponde según los tratados a la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes y a la Organización Mundial de la Salud;

Reiteramos nuestra determinación de, en el marco de los actuales documentos de políticas, entre otras cosas, prevenir, reducir considerablemente y procurar eliminar el cultivo ilícito y la producción, la fabricación, el tráfico y el abuso de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, incluidas las drogas sintéticas y las nuevas sustancias psicoactivas, así como de prevenir, reducir considerablemente y procurar eliminar la desviación y el tráfico ilícito de precursores y el blanqueo de dinero vinculado a los delitos relacionados con las drogas; garantizar la disponibilidad de sustancias sujetas a fiscalización y el acceso a ellas con fines médicos y científicos, en particular para aliviar el dolor y el sufrimiento, y abordar los obstáculos que existen al respecto, como los relacionados con la asequibilidad; fortalecer iniciativas de reducción de la demanda eficaces, amplias y basadas en datos científicos que comprendan medidas de prevención, intervención temprana, tratamiento, atención, recuperación, rehabilitación y reinserción social, sin discriminación, así como, de conformidad con la legislación nacional, iniciativas y medidas que tengan por objeto reducir al mínimo las consecuencias adversas del uso indebido de drogas para la salud pública y la sociedad; abordar las cuestiones socioeconómicas relacionadas con las drogas en lo que respecta al cultivo ilícito y la producción, la fabricación y el tráfico de drogas, entre otras cosas mediante la ejecución de políticas y programas contra las drogas a largo plazo, amplios, orientados al desarrollo sostenible y equilibrados; y promover, de conformidad con los tres tratados de fiscalización internacional de drogas y con el derecho interno, y de conformidad con los sistemas constitucionales, jurídicos y administrativos nacionales, medidas sustitutivas o

complementarias en lo que respecta a la condena o la pena en los casos en que proceda;

Expresamos profunda preocupación por el elevado precio que pagan la sociedad y las personas y sus familias a consecuencia del problema mundial de las drogas, y rendimos un especial homenaje a quienes han sacrificado su vida y a quienes la dedican a abordar y contrarrestar el problema mundial de las drogas;

Recalamos el importante papel que desempeñan todos los interesados, lo que incluye al personal de los organismos encargados de hacer cumplir la ley y al personal judicial y sanitario, la sociedad civil y la comunidad científica y académica, así como al sector privado, que apoyan nuestros esfuerzos por cumplir nuestros compromisos conjuntos a todos los niveles, y recalamos la importancia de promover las alianzas pertinentes;

Reiteramos que los esfuerzos encaminados a lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible y abordar eficazmente el problema mundial de las drogas son complementarios y se refuerzan mutuamente.

BALANCE

Teniendo presentes los informes bienales presentados por el Director Ejecutivo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito sobre los progresos realizados por los Estados Miembros en la aplicación de la Declaración Política y el Plan de Acción de 2009, el *Informe Mundial sobre las Drogas*, que se publica anualmente, y los informes anuales de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, y resaltando el intercambio de experiencias, lecciones aprendidas y buenas prácticas extraídas del cumplimiento de los compromisos conjuntos que tiene lugar entre los Estados Miembros y otros interesados en los períodos de sesiones anuales de la Comisión de Estupefacientes, así como las sesiones temáticas celebradas durante los períodos de sesiones 60º y 61º de la Comisión;

Reconocemos que se han logrado avances tangibles en el cumplimiento de los compromisos con-

traídos en el último decenio con miras a abordar y contrarrestar el problema mundial de las drogas, también en lo que respecta a conseguir que se comprenda mejor el problema, elaborar, formular y aplicar estrategias nacionales, intensificar el intercambio de información y fortalecer la capacidad de las autoridades nacionales competentes;

Observamos con preocupación los retos que surgen, y los que aún persisten, en relación con el problema mundial de las drogas, entre los que figuran los siguientes: que los mercados de las drogas están creciendo y diversificándose y la variedad de las sustancias que pueden adquirirse en ellos es cada vez mayor; que el uso indebido, el cultivo ilícito y la producción y fabricación de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, así como el tráfico ilícito de esas sustancias y de precursores, han alcanzado niveles sin precedentes, y que la demanda ilícita y la desviación interna de precursores van en aumento; que se observan vínculos cada vez mayores entre el tráfico de drogas, la corrupción y otras formas de delincuencia organizada, como la trata de personas, el tráfico de armas de fuego, la ciberdelincuencia y el blanqueo de dinero y, en algunos casos, el terrorismo, incluido el blanqueo de dinero relacionado con la financiación del terrorismo; que el valor del producto decomisado de los delitos relacionados con el blanqueo de dinero derivado del tráfico de drogas a nivel mundial sigue siendo bajo; que la disponibilidad de sustancias sujetas a fiscalización internacional para fines médicos y científicos, como el alivio del dolor y los cuidados paliativos, sigue siendo escasa o nula en muchas partes del mundo; que el tratamiento de la drogodependencia y los servicios de salud siguen sin siendo insuficientes para satisfacer las necesidades y que las muertes relacionadas con el consumo de drogas han aumentado; y que el índice de transmisión del VIH, el virus de la hepatitis C y otras enfermedades de transmisión sanguínea vinculadas al consumo de drogas, incluido el consumo de drogas por inyección en algunos países, sigue siendo elevado; que las consecuencias adversas para la salud de las nuevas sustancias psicoactivas y los riesgos asociados a esas sustancias han alcanzado cotas alarmantes; que los opioides sintéticos y el uso

con fines no médicos de medicamentos sujetos a prescripción médica entrañan riesgos cada vez mayores para la salud y la seguridad públicas, así como retos científicos, jurídicos y en materia de regulación, en particular en lo que respecta a la clasificación de las sustancias con fines de fiscalización; que el uso delictivo de las tecnologías de la información y las comunicaciones para llevar a cabo actividades ilícitas relacionadas con las drogas va en aumento; que es necesario mejorar la cobertura geográfica y la disponibilidad de datos fiables sobre los diversos aspectos del problema mundial de las drogas; y que la falta de conformidad de las respuestas con los tres tratados de fiscalización internacional de drogas y con las obligaciones internacionales aplicables en materia de derechos humanos representa un reto para el cumplimiento de los compromisos conjuntos sobre la base del principio de la responsabilidad común y compartida; y con ese fin:

EL CAMINO A SEGUIR

Nos comprometemos a salvaguardar nuestro futuro y a velar por que ninguna persona afectada por el problema mundial de las drogas se quede atrás, intensificando para ello nuestros esfuerzos por subsanar las deficiencias en la labor que se lleva a cabo para abordar las tendencias y los retos que surgen, y los que aún persisten, mediante respuestas al problema mundial de las drogas equilibradas, integradas, amplias, multidisciplinarias y basadas en datos científicos, centrando nuestros esfuerzos en la seguridad y el bienestar de todos los miembros de nuestra sociedad, en particular los jóvenes y los niños;

Nos comprometemos a acelerar, sobre la base del principio de la responsabilidad común y compartida, la plena aplicación de la Declaración Política y Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en Favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas de 2009, la Declaración Ministerial Conjunta del examen de alto nivel de 2014 por la Comisión de Estupefacientes de la aplicación por los Estados Miembros de la Declaración Política y el Plan de Acción y el documento final del tri-

gésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General con miras a cumplir todos los compromisos, las recomendaciones operacionales y las ambiciosas metas que allí se establecen;

Nos comprometemos a seguir estrechando la cooperación y la coordinación entre las autoridades nacionales, en particular en los sectores social y sanitario y de la educación, la justicia y el cumplimiento de la ley, y entre los organismos gubernamentales y otros interesados pertinentes, incluido el sector privado, a todos los niveles, entre otras cosas mediante asistencia técnica;

Nos comprometemos a fortalecer la cooperación bilateral, regional e internacional y a promover el intercambio de información, en particular entre las autoridades judiciales y encargadas de hacer cumplir la ley, a fin de responder a los graves retos que plantean los vínculos cada vez mayores entre el tráfico de drogas, la corrupción y otras formas de delincuencia organizada, como la trata de personas, el tráfico de armas de fuego, la ciberdelincuencia y el blanqueo de dinero, y en algunos casos el terrorismo, incluido el blanqueo de dinero en relación con la financiación del terrorismo, y a identificar, localizar, embargar preventivamente, incautar y decomisar de manera eficaz los activos y el producto de los delitos relacionados con las drogas y disponer de ellos, lo que incluye compartirlos, de conformidad con lo dispuesto en la Convención de 1988, y, según proceda, restituirlos, de conformidad con la Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción⁸ y la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional⁹;

Nos comprometemos a seguir movilizando recursos, entre otras cosas con miras a la prestación de asistencia técnica y a la creación de capacidad a todos los niveles, para que todos los Estados Miembros puedan abordar y contrarrestar eficazmente los retos que surgen en relación con las drogas y los que aún persisten;

Nos comprometemos a aumentar la prestación de asistencia técnica y para el fomento de la capacidad a los Estados Miembros que lo soliciten, es-

pecialmente a los más afectados por el problema mundial de las drogas, en particular por el cultivo y la producción ilícitos, el tránsito y el consumo;

Nos comprometemos a apoyar a la Comisión de Estupefacientes para que, en el marco de su mandato, siga siendo el principal órgano normativo de las Naciones Unidas con responsabilidad primordial en materia de fiscalización de drogas, lo que incluye, entre otras cosas, promover la celebración, en el seno de la Comisión de Estupefacientes, de deliberaciones amplias, transparentes e inclusivas sobre estrategias eficaces para abordar y contrarrestar el problema mundial de las drogas a todos los niveles en las que participen, según proceda, todos los interesados pertinentes, como el personal de los organismos encargados de hacer cumplir la ley y el personal judicial y sanitario, la sociedad civil, el mundo académico y las entidades pertinentes de las Naciones Unidas, entre otras cosas mediante el intercambio de información, mejores prácticas y lecciones aprendidas;

Nos comprometemos a fortalecer la labor que realiza la Comisión de Estupefacientes junto con la Organización Mundial de la Salud y la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, en el marco de sus respectivos mandatos convencionales, así como con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, para seguir facilitando la adopción de decisiones fundamentadas en cuanto a la clasificación con fines de fiscalización de las sustancias más comunes, persistentes y nocivas, lo que incluye drogas sintéticas y nuevas sustancias psicoactivas, precursores, productos químicos y disolventes, asegurando al mismo tiempo su disponibilidad para fines médicos y científicos, y nos comprometemos a fortalecer el diálogo de la Comisión con la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes sobre la aplicación de los tres tratados de fiscalización internacional de drogas, y con las organizaciones internacionales pertinentes;

Nos comprometemos a velar por que el seguimiento del cumplimiento de todos los compromisos de abordar y contrarrestar el problema mundial de las drogas contraídos desde 2009, dirigido por

⁸ Naciones Unidas, Treaty Series, vol. 2349, núm. 42146.

⁹ Ibid., vol. 2225, núm. 39574.

la Comisión de Estupeficientes, se lleve a cabo en una única vía, lo cual supone lo siguiente:

a) dedicar un único tema permanente del programa de cada período ordinario de sesiones de la Comisión al cumplimiento de todos los compromisos;

b) velar por que la recopilación de datos fiables y comparables, mediante un cuestionario para los informes anuales reforzado y simplificado, refleje todos los compromisos;

c) solicitar al Director Ejecutivo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito que adapte el actual informe bienal, transformándolo en un único informe que se elabore cada dos años, con sujeción a los recursos disponibles, tomando como base las respuestas proporcionadas por los Estados Miembros al cuestionario para los informes anuales reforzado y simplificado sobre los progresos logrados en la aplicación de todos los compromisos a nivel nacional, regional e internacional, el primero de los cuales debería presentarse a la Comisión para que lo examine en su 65º período de sesiones, en 2022;

Nos comprometemos a promover y mejorar la recopilación, el análisis y el intercambio de datos de calidad y comparables, en particular mediante actividades de fomento de la capacidad eficaces, sostenibles y concebidas específicamente con ese fin, en estrecha cooperación con la Junta Internacional de Fiscalización de Estupeficientes y la Organización Mundial de la Salud, así como al Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y otros asociados pertinentes, entre otras cosas mediante la cooperación entre la Comisión de Estupeficientes y la Comisión de Estadística, con miras a fortalecer la capacidad nacional de recopilación de datos a fin de mejorar la tasa de respuesta y ampliar el alcance geográfico y temático de los datos presentados de conformidad con todos los compromisos;

Solicitamos a la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito que, en estrecha cooperación con los Estados Miembros, continúe celebrando, de manera inclusiva, consultas a nivel de expertos con miras a reforzar y simplificar el actual cuestionario para los informes anuales y reflexione

sobre la posibilidad de examinar otras herramientas disponibles de recopilación y análisis de datos sobre fiscalización de drogas si lo considera necesario para reflejar y evaluar los progresos logrados en lo que respecta al cumplimiento de todos los compromisos contenidos en la Declaración Política y el Plan de Acción de 2009, la Declaración Ministerial Conjunta de 2014 y el documento final del trigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, y que presente un cuestionario para los informes anuales mejorado y simplificado para que la Comisión lo examine en su 63er período de sesiones, con sujeción a la disponibilidad de recursos extrapresupuestarios;

Solicitamos también a la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito que continúe prestando apoyo técnico y sustantivo mejorado a la Comisión de Estupeficientes en su labor de apoyo al cumplimiento de todos los compromisos y de seguimiento de estos, con sujeción a la disponibilidad de recursos extrapresupuestarios;

Solicitamos también a la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito que mejore la asistencia técnica y el fomento de la capacidad para el cumplimiento de todos los compromisos, en consulta con los Estados Miembros que lo soliciten y en cooperación con otras entidades de las Naciones Unidas e interesados pertinentes, y que invite a los donantes, tanto a actuales como a los nuevos, a que proporcionen recursos extrapresupuestarios con ese fin;

Alentamos nuevas contribuciones de las entidades pertinentes de las Naciones Unidas, las instituciones financieras internacionales y las organizaciones regionales e internacionales pertinentes, en el marco de sus mandatos, a la labor de la Comisión y a los esfuerzos de los Estados Miembros por abordar y contrarrestar el problema mundial de las drogas, cuando lo soliciten, a fin de fortalecer la cooperación internacional e interinstitucional, y las alentamos a que pongan a disposición de la Comisión información pertinente a fin de facilitar su labor y aumentar la coherencia dentro del sistema de las Naciones Unidas a todos los niveles en lo que respecta al problema mundial de las drogas;

Como seguimiento de la presente Declaración Ministerial, resolvemos examinar, en la Comisión de Estupeficientes en 2029, nuestros progresos en el cumplimiento de todos los compromisos internacionales adquiridos en materia de políticas sobre drogas, con un examen de mitad de período en la Comisión de Estupeficientes en 2024.

HAN COLABORADO EN ESTE NÚMERO

COMISIÓN DE REDUCCIÓN DE DAÑOS DE RIOD

COMITÉ TÉCNICO DE DIANOVA ESPAÑA

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (PNSD)

ANTONIO J. MOLINA

Psicólogo general sanitario (Universidad de Granada), licenciado en Antropología Social(UNED), máster Problemas sociales (UNED-UGR). Coordinador terapéutico de Asociación Dianova España. Profesor de la Universidad Complutense de Madrid y de la Universidad de Salamanca. Publicaciones: Molina-Fernández AJ, Gil-Rodríguez F, Cuenca-Montesino ML (2018) Social Recovery for Alcohol and Problematic Drug Use Rehabilitation in Europe. *J Alcohol Drug Depend* 6: 320; Molina – Fernández, A.J., Gil Rodríguez, F., & Cuenca Montesinos, M. L. (2018) Psychosocial factors in recovery of addictive behaviours. *International Journal of Psychology and Neuroscience*, 4(2), 67-75 “Manual on rehabilitation and recovery of drug users”. Triple R& European Union. (autor del capítulo 3), 2017; “Handbook on justice interventions and alternatives to incarceration for drug abuse offenders”. Triple R& European Union (autor del capítulo 3), 2017. E-mail: antonio.molina@dianova.es

ELISABETH ORTEGA SUÁREZ

Licenciada en Psicología por la Universidad Pontificia de Salamanca. Directora del Centro Terapéutico R.E.D de Mieres, Asturias. Máster en Psicoterapia y Máster en Intervención con Víctimas de Violencia de Género. Experta en Intervención

psicológica con Víctimas de Violencia de Género del Colegio Oficial de Psicología de Madrid, siendo formadora desde hace varios años de dicho curso impartiendo el Módulo de Violencia de Género en las Mujeres con Adicciones. Trabaja en la red de Drogas desde hace 19 años.

SI ESTÁS INTERESADO/A EN PARTICIPAR

Infonova N° 37 / Primer semestre de 2020

Plazo para la recepción de colaboraciones: 10 de diciembre de 2019.

GUÍA PARA AUTORES Y AUTORAS

REVISTA INFONOVA: revista profesional y académica sobre adicciones.

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

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

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

POLÍTICA EDITORIAL DE LA REVISTA

Los textos serán enviados por e-mail 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 espacio doble. Las páginas deben estar numeradas en orden consecutivo en la parte superior derecha.

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

Debe anexarse un resumen del artículo en español y en inglés, en 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 Psychologist 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; cuatro (4) publicaciones máximo, si las tuviera; correo electrónico, dirección postal y si el artículo forma parte de una investigación formalizada institucionalmente, indicar el título del proyecto, fecha de inicio/terminación y entidad que los financia.

Asociación Dianova España se reserva el derecho de resumir los CV que se excedan de este espacio.

