

infonova

> revista profesional y académica sobre adicciones

Un espacio de diálogo abierto

sobre las adicciones

Financiado por:



dianova | 

Financiado por:



ASOCIACIÓN DIANOVA ESPAÑA

Director Gerente
Santos Manuel Cavero López

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

Edición

Asociación Dianova España

Diseño y maquetación

Departamento de comunicación
corporativa y marketing social
Asociación Dianova España

Fotografías

En portada, fotografía ganadora del 3º
Concurso de Fotografía Infonova, del
autor Toni Tort de Val

Imprime

Dextra Graphic

Depósito Legal

M-5821-2014
ISSN 2341-2416

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

dianova |

Índice

CARTA DE LA DIRECCIÓN Santos Manuel Cavero López	5
EDITORIAL Alejandra del Campo Peñalver	6
INFONOVA EN EL CONTEXTO DEL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS 2013-2016	7
CARTAS AL DIRECTOR El avance en la intervención con personas drogodependientes y sus familias mediante la psicología positiva. Enfoque interdisciplinar Enrique Gallego Granero y Elisa Sevilla Martínez.....	9
FAMILIAS Evaluación del pilotaje del programa Dianova de apoyo a las familias de personas con problemas de drogodependencias y otras adicciones. Una revisión sistemática Antonio Jesús Molina Fernández, Gisela Rodríguez-Hansen, Esther Martos Azcutia y Alfredo Moya Gonzalo	11
Estigma y familia: un animal de varias cabezas Sergio Chacón.....	29
Intervención familiar en esquizofrenia: intervenciones psicoeducativas para la reducción de la emoción expresada Gisela Rodríguez-Hansen.....	37
¿Pueden haber sido las Neurociencias un “apetito faústico” para la investigación y el tratamiento de las adicciones? Antonio Jesús Molina Fernández.....	47
ADICCIONES EN GENERAL Impacto de la conformidad a las normas de género en el consumo de sustancias y el uso de los recursos sanitarios Beatriz Regadera Martínez	61

Índice

RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS

Reseña del artículo “Estilos educativos, estresantes parentales
y síntomas psicopatológicos en padres de adolescentes con
comportamientos de alto riesgo”

Alfonso Arteaga.....73

HAN COLABORADO EN ESTE NÚMERO.....75

SI ESTÁS INTERESADO/A EN PARTICIPAR.....77

CARTA DE LA DIRECCIÓN



Santos M. Cavero López

Director gerente.
Asociación Dianova España

El número 31 de INFONOVA llega a sus manos fiel a su cita semestral, creando un espacio de reflexión, abierto y plural, que invita al diálogo en un tema tan complejo como es el de las adicciones. Ese ha sido siempre nuestro propósito, para el que nos hemos rodeado de importantes profesionales y especialistas que, con sus colaboraciones, han analizado y estudiado las causas y consecuencias de las adicciones, sus tratamientos y sus posibles soluciones.

INFONOVA cuenta con una distribución digital de más de 5.000 contactos nacionales e internacionales y una tirada física de 1.200 ejemplares, por lo que no es de extrañar que esté considerada un importante instrumento científico para el estudio profesional de las adicciones, compartiendo amplios conocimientos y experiencias en este terreno, y a cuya mejora pueden contribuir ustedes a través de sus sugerencias, que serán siempre bienvenidas.

En este número los artículos seleccionados se desarrollan en el ámbito de la familia, abordando todas las perspectivas posibles: cómo puede afectar a su estructura y funcionamiento una situación de adicción en uno/a de sus miembros y cuál es su importante papel a la hora de ayudar a la persona adicta a superar sus dificultades. Los tratamientos de adicciones suelen ser individuales o con un componente de terapia grupal, pero son escasos los que integran a la familia dentro de los programas de intervención. La familia, ya sea como agente de cambio o como manejador de contingencias, puede ser un activo importante en un proceso de rehabilitación.

Por supuesto, antes de dar paso a las páginas que siguen, quiero expresar una vez más mi más profundo agradecimiento a la Delegación

del Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas, iniciativa gubernamental encargada de coordinar y potenciar las políticas nacionales en materia de drogas y que, con su decidido apoyo financiero e institucional permite que INFONOVA continúe siendo esa herramienta investigadora eficaz que nos propusimos desde un principio.

Cordiales saludos,

EDITORIAL

Alejandra del Campo Peñalver

Responsable del departamento de comunicación y marketing social de Asociación Dianova España

El tema central del número de INFONOVA, publicación profesional especializada en el tema de las adicciones, que tiene usted en sus manos es el trabajo que se realiza con las familias de las personas con adicciones y/o salud mental, especialmente aquellas que se encuentran en tratamiento. Así, los artículos de este número tienen como denominador común recuperar los aspectos sociales relacionados con las adicciones, pero muy especialmente los vinculados a la estructura social primaria que es la familia.

Tras la carta al director “El avance en la intervención con personas drogodependientes y sus familias mediante la psicología positiva. Enfoque interdisciplinar”, de Enrique Gallego y Elisa Sevilla, el número 31 de INFONOVA presenta la “Evaluación del pilotaje del programa Dianova de apoyo a las personas con problemas de drogodependencias y otras adicciones, una revisión sistemática”, a cargo de Gisela Rodríguez-Hansen, Esther Martos, Alfredo Moya y Antonio Jesús Molina, en el que se revisa la experiencia del programa de apoyo desarrollado por Asociación Dianova España en colaboración con el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), con cuyas estrategias se alinea la labor en materia de adicciones de la ONG.

A continuación, “Estigma y familia: un animal de varias cabezas” (Sergio Chacón) analiza la influencia de los estereotipos en la consolidación y mantenimiento de los trastornos adictivos y/o enfermedad mental. En “Intervención familiar en esquizofrenia: Intervenciones psicoeducativas para la reducción de la emoción expresada”, Gisela Rodríguez-Hansen repasa la evidencia científica que muestra que la emoción expresada (EE) afecta negativamente en el curso de la esquizofrenia,

mientras que Antonio Jesús Molina propone la revisión de la influencia del modelo psicobiológico de las adicciones en “¿Pueden haber sido las Neurociencias un ‘apetito fáustico’ para la investigación y el tratamiento de las adicciones?”

En el único artículo que se sale del común denominador de este número de INFONOVA, (“Impacto de la conformidad a las normas de género en el consumo de sustancias y el uso de los recursos sanitarios”), Beatriz Regadera repasa el impacto de la conformidad a las normas de género en la salud de mujeres y hombres, y más específicamente en lo relativo al consumo de sustancias.

Finalmente, cerrando la revista, Alfonso Arteaga firma la reseña del artículo “Estilos educativos, estresantes parentales y síntomas psicopatológicos en padres de adolescentes con comportamientos de riesgo”.

Deseamos que encuentren interesantes estos contenidos y que tengan una grata lectura.

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

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

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

La revista Infonova es una publicación periódica editada por Asociación Dianova España que cuenta con el apoyo de la Delegación de Gobierno sobre el Plan Nacional sobre Drogas, en el marco de la convocatoria de ayudas a entidades privadas sin fines de lucro y de ámbito estatal, con cargo al fondo de bienes decomisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados, en aplicación de la ley 17/2003, de 29 de mayo, para la realización de programas supracomunitarios sobre drogodependencias en el año 2016, resolución de 14 de junio de 2016, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad (BOE. nº 161, de 5 de julio de 2016).

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

Financiado por:



dianova | 

EL AVANCE EN LA INTERVENCIÓN CON PERSONAS DROGODEPENDIENTES Y SUS FAMILIAS MEDIANTE LA PSICOLOGÍA POSITIVA. ENFOQUE INTERDISCIPLINAR

THE PROGRESS IN THE INTERVENTION WITH DROGODEPENDENT PERSONS AND THEIR FAMILIES THROUGH POSITIVE PSYCHOLOGY. INTERDISCIPLINARY APPROACH

Enrique Gallego Granero

Licenciado en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid.

Máster Universitario de Investigación en Psicología Social por la Universidad de Barcelona.

Elisa Sevilla Martínez

Diplomada en Educación Social por la Universidad de Salamanca. Licenciada en Criminología por la Universidad Complutense de Madrid.

La diversidad y el avance en el tratamiento y la intervención con personas drogodependientes o con conductas adictivas psicopatológicas, han abierto un nuevo camino de alternativas optimizadoras en este ámbito. Así, se ha contribuido al desarrollo de procesos terapéuticos más adaptativos a los patrones individuales y distintivos de la población que nos ocupa. Sin embargo, en aquello referente a la gestión del desarrollo de los núcleos familiares en el acompañamiento positivo de la recuperación y restablecimiento social, físico y psicológico del drogodependiente, como respecto a su propio crecimiento personal y restauración emocional, son temas en los que parece que los profesionales han quedado anclados en modos más propios del asesoramiento, consuelo y pautas básicas cognitivo conductuales de apoyo y acción, sin lograr una vinculación simbiótica en el proceso iniciado entre familiar y paciente. A su vez, podría determinarse que el resultado final obtenido es incluso poco halagüeño en términos de plena satisfacción y consecución de objetivos reales.

Existen nuevas corrientes psicoterapéuticas, suscritas desde distintos ámbitos de la psicología, que proponen el uso de una metodología integradora, holística, sistémica y positivadora, siempre orientada al futuro, para la gestión del proceso que las familias deben recorrer de forma simultánea al drogodependiente y lograr la reestructuración tanto de sus emociones, percepciones y fortalezas, como del mismo entramado familiar de apoyo.

La Teoría de la ampliación y construcción de Fredrickson (Vázquez, 2009), constituye uno de los modelos englobados en la perspectiva de la Psicología Positiva, que favorecería un renovado enfoque del diseño y tratamiento psicoterapéutico de personas adictas. Mediante una metodología sistémica, y abordando todo el entramado psicosocial, el entrenamiento de las fortalezas personales de los usuarios y familias, de un modo simultáneo y coordinado, así como el fomento del afecto y las emociones positivas, activarán nuevos recursos de duración y resultados más óptimos, que tienden hacia un pensamiento autoconstruc-

tivo y potencialmente creativo, una adecuada orientación al futuro, con las dosis necesarias de motivación y resiliencia, y la ejecución de conductas dirigidas hacia el logro de un bienestar subjetivo y psicológico más saludable y contextualizado.

La confianza, la vergüenza, el sentimiento de culpa, la empatía o los canales y modos de comunicación, son algunos de los aspectos que los profesionales biopsicosociales deben tratar de manera férrea y continua con las familias de los usuarios o pacientes. De la misma forma, con estos últimos, habría que hacer hincapié en la elevación de los bajos niveles de tolerancia a la frustración, el autoconocimiento y la autoestima como pilares de base. Pues bien, a través de un trabajo interdisciplinar (equipo experto de la psicología y la educación social), basado en dinámicas y acción situacional, conseguiríamos importantes avances en materia de resultados y consecución de objetivos, guiando a las familias por un sendero en comunión con su miembro drogodependiente, al mismo tiempo que se comenzarían a derrumbar estereotipos, estigmas y prejuicios, potenciando conciencias positivas y los cimientos de una nueva etapa vital. Y es que, bajo un manto negro, siempre hay multitud de colores.

EVALUACIÓN DEL PILOTAJE DEL PROGRAMA DIANOVA DE APOYO A LAS FAMILIAS DE PERSONAS CON PROBLEMAS DE DROGODEPENDENCIAS Y OTRAS ADICCIONES. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

PILOTAJE'S EVALUATION OF DIANOVA'S PROGRAM OF SUPPORTING FAMILIES AND PERSONS WITH DRUG PROBLEMS AND OTHER ADDICTIONS. A SYSTEMATIC REVIEW

Antonio Jesús Molina Fernández

Licenciado en Psicología (Universidad de Granada). Director de centro y coordinador terapéutico. Asociación Dianova España. Profesor de la Universidad Complutense de Madrid.

Gisela Rodríguez-Hansen

Psicóloga de formación clínica, Máster en investigación de Psicopatología del Adulto y Patología dual. Máster en psicopatología clínica infanto-juvenil.

Esther Martos Azcutia

Licenciada en Psicología (Universidad de Barcelona). Master en Psicología Clínica y de la Salud. Especialista en tratamiento de las adicciones y trastornos asociados.

Alfredo Moya Gonzalo

Licenciado universitario en Psicología. Curso en Inteligencia Emocional.

RESUMEN

El objetivo del programa Dianova de apoyo a las familias de personas drogodependientes, concebido en colaboración con el Plan Nacional sobre Drogas, es elaborar acciones específicas de intervención, tanto desde el aspecto informativo sobre las adicciones hasta la terapia familiar breve. Este artículo aborda la experiencia de Asociación Dianova España a la hora de aplicar el programa y evalúa su validez como complemento de atención a las familias de las personas en tratamiento.

PALABRAS CLAVE

Familia, drogas, tratamiento, adicciones, evaluación, programa, Dianova.

ABSTRACT

Dianova's program of supporting families affected by drug addictions has been conceived in collaboration with the Plan Nacional sobre Drogas and it is about to develop specific intervention actions, focusing on spreading out informations about addictions and providing brief family therapy. This article addresses the experience of Asociación Dianova España in order to implementing the program and evaluates its validity as a caring accessory of persons under treatment.

PALABRAS CLAVE

Family, drug addictions, treatment, addictions, evaluation, program, Dianova.

“En sus orígenes, el concepto de Terapia Familiar resultaba ser un sinónimo de Terapia Sistémica. Con el tiempo, las intervenciones psicoterapéuticas que han contado con los familiares del adicto han ido diversificando su metodología, despegándose de la ortodoxia sistémica e incorporando estrategias cognitivo-conductuales o de otras procedencias, conduciendo a un cambio terminológico, que ha permitido que en el momento

actual se hable de “Tratamientos Basados en la Familia”. De hecho, este cambio de denominación está justificado por la generalización de métodos cognitivo-conductuales aplicados en un contexto familiar, lo que en realidad supone una renuncia a los principios sistémicos de la terapia familiar, al menos en lo relativo a la aplicación práctica, aunque persistan como guía general del modelo de intervención (Liddle y Dakof, 1995).” (Becoña y Cortés, 2010)

1. INTRODUCCIÓN

La investigación científica y la práctica de la intervención han funcionado de manera tradicional en ámbitos diferentes, diferenciados en muchas ocasiones por los objetivos, las estrategias y los canales de financiación. Para el desarrollo de estrategias de intervención se debe transmitir información relevante y técnicamente completa para mejorar las acciones y adecuarlas a las necesidades reales de los/as actuales destinatarios/as de este tipo de programas. Hay que desarrollar sistemas de diseño e Implementación de dichos programas, puestos en marcha de manera organizada, planificada, considerando las características psicosociales y sociodemográficas de la población destinataria, deben ofrecerse en un lenguaje adecuado para dichas personas y ofrecer respuestas eficaces y eficientes, basadas en actividades concretas y específicas.

La integración en los programas de intervención, en el ámbito de la adicción, de las familias o el entorno de las personas con problemas, con especial atención a los/as descendientes se destacaba en el epígrafe 5.1.3 de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. El programa “Diseño y pilotaje del programa Dianova de apoyo a las familias de personas con problemas de drogodependencias y otras adicciones” utiliza modelos teóricos consolidados (basados en evidencia científica) para crear un programa revisable, contrastable y con vocación de ser compartido con otras entidades, con capacidad para formar parte

de las redes y niveles del Sistema Nacional de Salud.

Para incluir el programa dentro de dichas redes y niveles, se sigue una coordinación funcional y técnica socio-sanitaria, cuyas características sintetizamos en las siguientes:

- Modelo biopsicosocial como marco de referencia.
- Presencia de equipos multidisciplinares y de diferentes niveles asistenciales.
- Atención desde la integración comunitaria.
- Variedad de enfoques y programas terapéuticos, así como de recursos asistenciales integrados en la red pública.
- Presencia del profesional responsable del caso.
- Énfasis en la atención de la inserción social.
- Importancia de la coordinación intersectorial.

El pilotaje del Programa Dianova de apoyo a las familias de personas con problemas de drogodependencias y otras adicciones se ha basado en diferentes elementos que proceden de varias corrientes psicológicas y modelos de intervención, principalmente en el modelo de autoeficacia que sostiene Bandura (1989; 2002) en su Teoría Cognitivo Social del Aprendizaje: la familia forma parte del contexto en el que se desenvuelve la persona como una herramienta de apoyo y referencia básica. Los modelos sistémicos entienden que dentro de las familias existen herramientas suficientes de solución de conflictos para facilitar y acelerar los procesos de rehabilitación en inserción social de las personas atendidas. Como modelo complementario hemos utilizado la Terapia Familiar Breve Centrada en Soluciones, BSFT, dinámica y flexible, en donde se identifican los problemas y la gama de posibles soluciones para fijar metas y alcances del tratamiento y diseñar las intervenciones adecuadas a cada caso.

Como hemos mencionado en otras publicaciones de Asociación Dianova España, en la intervención en consumo de drogas y otros comportamientos adictivos (como las denominadas adicciones sin sustancia, entre las que se encuentran el juego patológico, los teléfonos móviles, internet, etc.), se ha llegado al consenso científico de la necesidad de abordar este tipo de problemas desde un enfoque biopsicosocial.

Este consenso se basa en la definición de las drogodependencias y adicciones como un “fenómeno multifactorial”, donde se integran aspectos individuales (incluyendo los directamente relacionados con las sustancias adictivas, los factores biológicos, genéticos, neuropsicológicos) con factores del contexto social primario (familia y pareja fundamentalmente) a los que se añaden los elementos del contexto macrosocial (entorno social y cultural, incluyendo el contexto socioeconómico). Estos factores interactúan entre sí, generando en ocasiones situaciones de protección y en otras situaciones de riesgo para las personas en las que se integran estos elementos.

“Girón, Martínez Delgado y González Saiz (2002) revisaron los trabajos publicados en los 15 años precedentes en torno a las intervenciones basadas en la intervención familiar en adolescentes consumidores de drogas. De los tres estudios recopilatorios de trabajos y los dos meta-análisis, extrajeron las siguientes conclusiones:

1. *La evaluación de la eficacia de las terapias basadas en la familia resulta especialmente difícil por dos razones: (a) dentro de lo que se han denominado abordajes sistémicos relacionales se incluyen diferentes técnicas de intervención que, aunque basados en un paradigma teórico común, enfatizan distintos aspectos del modelo; y (b) en muchas patologías, se utilizan los tratamientos basados en la familia junto a otros recursos terapéuticos, como los farmacológicos, o las terapias individuales, grupales o los grupos de familiares.*
2. *Aun contando con estas dificultades, los ensayos clínicos efectuados hasta este momento, comparando los abordajes basados en la familia frente a otros tipos de intervención terapéutica, han demostrado su eficacia al igualar al menos los resultados conseguidos con otros tipos de técnicas. Además, confirman su superioridad al añadirlos a otros tratamientos en las drogodependencias.*
3. *En drogodependencias, las terapias basadas en la familia han mostrado su eficacia para conseguir aumentar el compromiso de los pacientes y sus familias con los programas de tratamiento, así como para aumentar la adherencia al tratamiento (incrementar la retención) y disminuir el uso de sustancias post-tratamiento, mejorar el funcionamiento familiar y facilitar la normalización de los pacientes en cuanto a su incorporación social.*
4. *Quedan algunas cuestiones pendientes por aclarar dentro de los abordajes familiares: (a) si hay algún tipo de técnica que sea más eficaz que otro; (b) cuando se combinan con otros tipos de intervenciones, cuál es la fracción de mejoría atribuible directamente al abordaje familiar; y (c) sobre qué aspectos de la disfunción que supone el trastorno (la conflictividad familiar, estructura o dinámica familiar, la integración socio-escolar-laboral, los trastornos de comportamiento asociados, etc.) ejerce más influencia la intervención familiar.*
5. *Es importante considerar algunos aspectos relacionados con la forma como se implementan las terapias basadas en la familia (por ejemplo, la cantidad y frecuencia de sesiones familiares; la realización de sesiones de seguimiento; los aspectos concretos en los que se centran, etc.) y con el papel que juega el terapeuta para lograr los objetivos terapéuticos marcados. A este respecto es preciso recordar que la relación terapéutica (la calidad del trato entre*

el terapeuta y sus clientes), por cierto escasamente evaluada en todos los trabajos revisados, parece tener gran importancia en determinar la adherencia de los pacientes a los programas terapéuticos, factor este asociado a los resultados a medio-largo plazo cuando hablamos de trastornos o patologías con tendencia a la cronicidad.” (Becoña y Cortés, 2010)

El “apoyo social” es uno de los factores que tradicionalmente se han utilizado para analizar la correlación de los anteriormente mencionados factores. 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, 2005)

El estudio del apoyo social se ejecuta desde tres dimensiones: estructural, funcional y contextual.

- La dimensión estructural engloba el estudio de cuestiones referidas al tamaño de la red de apoyo, su densidad, la reciprocidad, la homogeneidad y el parentesco entre integrantes. La evaluación de la estructura se nutre de indicadores sociodemográficos, número de relaciones íntimas, análisis de red, etc.
- La dimensión funcional se ocupa de aspectos emocionales, instrumentales o materiales e informacionales, evaluados a partir de indicadores como el apoyo real, el apoyo percibido, la disponibilidad de apoyo y la satisfacción con el mismo.
- Por último, la dimensión contextual se interesa por la identificación de participantes en el apoyo social, el momento en que se produce, su duración y la percepción subjetiva. La familia constituye, en primer

lugar, uno de los ejes sobre los que gira nuestro ciclo vital.

Debemos tener en cuenta la influencia que tiene ese entorno familiar en nuestro desarrollo personal y social. En etapas tempranas la familia es un agente fundamental, desde la cobertura de las necesidades básicas hasta la integración social o la realización personal. El enfoque para evaluar y detectar el papel de la familia en todos estos ámbitos ha ido evolucionando, así mismo: desde la aparición en la década de los cincuenta de la “Metodología de la construcción teórica. A partir de este momento, el papel de la familia como constructo social y como elemento terminológico en la investigación social ha ido variando: Maxler y Mishler (1978; en Gimeno, 1999), definieron la familia como “un “grupo ad hoc” con una historia de experiencia compartida”. Diferentes investigadores han analizado el entorno familiar de maneras diversas: sistema de relaciones, funciones de apego y cobertura de necesidades, estructura social primaria, agente socializador, transmisor de cultura, sistema de solución de problemas y toma de decisiones, transmisor de valores... Lo que no se discute actualmente es la influencia y relevancia de la familia en el bienestar, la calidad de vida y el equilibrio de cualquier persona, ya sea por la presencia de la familia o por la ausencia de estructura familiar.

El análisis propuesto en el programa Dianova de la familia como agente social parte de la Teoría General de Sistemas (Luhman, 1996).

“Conceptos de la Teoría General de Sistemas

– *Sistema: Conjunto de unidades interrelacionadas entre sí, cada una de ellas con: diferente nivel de complejidad, límites de permeabilidad variables, sistema de comunicación interno, y medio de comunicación con el exterior, en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran.*

– *Tipos de sistemas: Pueden ser abiertos cuando intercambian materia, energía y/o información con su entorno. Por lo tanto, un sistema abierto*

es modificado por su entorno y al mismo tiempo lo modifica; se podría hablar de sistemas cerrados en aquellos casos en los cuales el intercambio sería escaso o prácticamente nulo.

– *Propiedades de los sistemas abiertos:*

- *Totalidad y su corolario no sumatividad. El todo es más que la suma de sus partes; esto es: existen ciertas propiedades del sistema que derivan no sólo de los elementos en sí mismos, sino de la forma en que estos se relacionan. Cada una de las partes de un sistema está relacionada de tal forma con las demás que un cambio en una de ellas desencadena un cambio en todas y cada una de las demás y, por tanto, en el sistema como un todo.*
- *Circularidad: Debido a la interconexión entre las acciones de los miembros de un sistema, las pautas de causalidad no son nunca lineales (en el sentido de que una “causa” A provoque un “efecto” B), sino circulares en el sentido de que B refuerza retroactivamente la manifestación de A.*
- *Equivalencia: Un mismo efecto puede responder a distintas causas. Es decir, los cambios observados en un sistema abierto no están determinados por las condiciones iniciales del sistema, sino por la propia naturaleza de los procesos de cambio.” (Becoña y Cortés, 2010)*

Uno de los principales problemas cuando aparece un fenómeno adictivo en un sistema familiar tiene que ver con el lugar en el que se ubica el trastorno adictivo. Normalmente, se centraliza en el sistema y condiciona el sistema de relaciones posterior. Ese cambio en los vínculos y afectos suele ser desadaptativo y muy poco sano para el desarrollo de dicho sistema.

El trabajo de intervención con familias debe ser desarrollado de manera integral, evitando reduccionismos y juicios de valor. Siempre que sea posible, debemos basarnos en diferentes teorías y modelos, especialmente en aquellos cuyos objetivos tengan que ver con el empoderamiento

y el desarrollo de habilidades, capacidades y fortalezas en las personas y en el propio sistema. En estos casos, es habitual utilizar como referencias teóricas modelos clásicos, como son el modelo psicológico humanista de Rogers o la Teoría Cognitivo Social del Aprendizaje Bandura.

Desde la aparición del problema social de las drogas, los programas de intervención en adicciones han cambiado mucho, tanto como los perfiles familiares que participan en ellos. Si hace 25 años podíamos hablar de familias desestructuradas, consumidores de heroína por vía parenteral, madres contra la droga, asociaciones de familiares que fundaban programas de intervención para “sacar a los hijos de la droga”...Actualmente, la diversidad de perfiles, las diferencias psicosociales y sociodemográficas, las transformaciones en los sistemas familiares en España y los cambios socioeconómicos han provocado que encontremos beneficiarios y sistemas familiares diversos, complejos y con características específicas. El perfil y el papel del/la “manejador/a de contingencias” familiar ha variado así mismo, pasando a tener una serie de prioridades compatibles con el/la familiar adicto, con variedad de relaciones con el/la beneficiario/a y mayor autonomía emocional y psicológica con la persona que presenta el problema de adicción.

Existen diferentes perspectivas entre los/as terapeutas acerca del enfoque con las familias: desde los que consideran la adicción como un reflejo de un malfuncionamiento en todo el sistema, que debe corregido en paralelo con el problema adictivo; hasta los que consideran que la familia debe tener un papel de mero acompañamiento y apoyo, como manejadores/as de contingencias e informadores del cumplimiento de normas y límites.

Los principales motivos para ofrecer un programa de apoyo para familias de personas en tratamiento de adicciones son:

- Facilitar la comprensión del fenómeno, para mejorar la adherencia al tratamiento.
- Posicionar el problema de la adicción dentro del sistema familiar, evitando la

centralización y reducción de actividades del resto de la familia.

- Reducir el grado de sufrimiento de la familia, ayudando a mejorar la percepción de apoyo social.
- Ayudar a la familia para seleccionar estrategias productivas, evitando la culpabilidad excesiva y el bloqueo de actividades.
- Proporcionar información válida, útil y práctica sobre el fenómeno de las adicciones y los procesos de rehabilitación, evitando sesgos y mitos sobre el tema.

2. ESTUDIOS SOBRE INTERVENCIONES FAMILIARES

Diversos estudios han demostrado la eficacia de las intervenciones familiares en el tratamiento de las adicciones (Girón y cols., 2002; Stanton y Shadish, 1997; Ozechowski y Liddle, 2000; Becoña y Cortés, 2008). Estas investigaciones sobre la implicación de la familia en los tratamientos de deshabituación han evidenciado los siguientes resultados:

1. La intervención familiar ayuda a retener a los y las pacientes en los programas de tratamiento más que los tipos de intervenciones comunes: Esto es así porque los abordajes familiares consiguen aumentar el compromiso de pacientes y familias con los programas de tratamiento. La baja tasa de abandono en las intervenciones que se basan en el trabajo familiar es especialmente importante en adicciones ya que la adhesión al tratamiento, es decir, la permanencia en el mismo hasta su finalización, es una de las mayores dificultades con las que se tropieza en la intervención con estos y estas pacientes.
2. Los resultados terapéuticos de la intervención familiar son superiores cuando

se comparan con los tratamientos que solamente utilizan orientación y asesoramiento en el área familiar.

3. Específicamente en adicciones, recibir intervención familiar es más eficaz que recibir solamente intervención individual y/o grupal.
4. La intervención familiar, ha demostrado mejorar las relaciones de parejas y la integración social tras el tratamiento.
5. Los abordajes familiares consiguen reducir el nivel de consumo de drogas postratamiento.
6. En los casos en los que existe además un trastorno psiquiátrico los tratamientos que incluyen intervención familiar consiguen reducciones de síntomas psiquiátricos.
7. Los adolescentes drogodependientes tratados con intervenciones familiares logran un mejor funcionamiento escolar.
8. La intervención familiar consigue mejorar de forma significativa el funcionamiento en la familia (comunicación, ambiente, flexibilidad, disminución de conflictos, etc.), y la normalización e incorporación social.

3. METODOLOGÍA DEL PROGRAMA

El objetivo de este programa Dianova de apoyo a las familias de personas drogodependientes es elaborar acciones específicas de intervención, tanto de carácter informativo sobre las adicciones y su proceso, como de terapia familiar breve específica para cada sistema familiar.

El presente artículo analiza el pilotaje de programa de terapia familiar breve que se consolidaría en la intervención posteriormente en los centros. Dicho pilotaje se realizó con una muestra de 28 familias, un total de 50 participantes (N=33). La población destinataria de este programa son

familiares de personas atendidas en los programas de intervención que Asociación Dianova España tiene en sus centros; personas procedentes de cualquier comunidad autónoma/nacionalidad, que tengan algún familiar en cualquiera de los centros con problemas de adicciones.

Las sesiones se llevaron a cabo en los centros de tratamiento de adicciones para adultos de Dianova en Can Parellada (Barcelona) y Ambite (Madrid). Sesiones introductorias se llevaron a cabo en la sede central de Dianova, en la calle Coslada (Madrid). Las sesiones fueron conducidas por los/as psicólogos/as de los centros, especialistas en psicología clínica.

El objetivo de la evaluación ha sido implementar una metodología sistemática de trabajo con familias de personas con problemas con drogodependencias en Asociación Dianova España.

Como objetivos inmediatos:

- Diseñar un programa Dianova de apoyo a familias.
- Evaluar la eficacia, eficiencia y pertinencia del programa Dianova de apoyo a las familias de personas con problemas de drogodependencias.
- Evaluar la percepción de profesionales y familiares sobre el programa piloto.
- Evaluar la satisfacción de los profesionales y los familiares sobre el programa piloto Dianova.
- Detectar necesidades dentro del eje intervención-investigación-evaluación sobre cuestiones específicas del apoyo a las familias.

La metodología de análisis ha sido fundamentalmente metodología cuantitativa, ya que tan solo una de las preguntas del cuestionario era abierta. Sí se ha recogido información cualitativa en los grupos de cierre del programa (grupos de discusión), comentarios que están incluidos en este informe final.

Para la metodología cuantitativa hemos utilizado un Diseño de Investigación cuasi-experimen-

tal (Investigación en contextos aplicados), ya que *“dentro del contexto cuasi-experimental, los sujetos van a parar al grupo de tratamiento y control por la propia decisión de los sujetos o por consideraciones prácticas. En consecuencia, los grupos experimental y control pueden ser diferentes y no comparables en oposición a lo que ocurre en la investigación aleatorizada”* (Bono Cabré, 2012). Durante este análisis, se han utilizado estadísticos. Los estadísticos utilizados para el análisis han sido:

- Frecuencias: porcentajes de las diferentes categorías de respuesta en variables cualitativas.
- Medias: valores medios de las variables cuantitativas.
- Contraste de medias: comparación de los valores medios obtenidos en dos variables cuantitativas.
- Coeficientes de contingencia: indicador de la asociación estadística entre las variables.

El procesamiento de los datos se ha llevado a cabo utilizando el originalmente llamado Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS) en su versión 21.0.

Para recabar la información de los diferentes participantes se ha utilizado como instrumento de verificación primario un cuestionario construido ad hoc. Se eligió este medio por su probada utilidad y eficacia a la hora de recoger información (tales como actitudes, conocimiento, intereses, opiniones, comportamientos pasados, presentes y futuros, etc.) en un tiempo relativamente breve. Además, se debe tener en cuenta la doble función del cuestionario en el proceso de recogida de información:

- por un lado, sitúa a todos los entrevistados en la misma situación psicológica;
- por otro, mediante un sistema de notaciones simples, facilita y asegura la posibilidad de comparación de respuestas. (Stoetzel y Girard, 1994)

La pasación de este cuestionario se hizo a todos los y las participantes al final de las sesiones de cierre del programa. En dicho cuestionario, mediante una escala tipo Likert (que va de 0 a 10 puntuaciones), además de medir el perfil sociodemográfico (edad, sexo, situación laboral, núcleo de convivencia, nivel de estudios, se han medido:

- Nivel de satisfacción con las sesiones.
- Utilidad percibida de dichas sesiones.
- Adecuación de los contenidos de las sesiones.
- Profesionalidad de los/as conductores del programa.
- Necesidades de atención de las familias cubiertas por dichas sesiones.
- Grado de satisfacción con el programa en general.

La selección de la muestra se establece por la participación en el programa piloto, según un diseño ex post facto prospectivo simple.

Tras la fase de diseño del programa, se observó que para la atención de población adulta era necesario utilizar enfoques complementarios de intervención con familias. Se trata de una intervención con un número de sesiones y asambleas estructuradas adecuado al cronograma de los procesos personales, revisable, evaluable y modificable en función de las necesidades de las personas beneficiarias. Las bases teóricas de este programa de terapia familiar breve son la "Terapia Familiar Breve Estratégica (BSFT, Brief Strategic Family Therapy)" y la "Terapia Familiar Multisistémica (MSFT, Multisistemic Family Therapy)".

"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 adolescen-

tes 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/la 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/la adolescente consumidor/a 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/la terapeuta y la familia siendo ésta un fuerte predictor de la efectividad de la terapia. El/la 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/la 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/la 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 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/la

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)

Además de la BSFT, se ha utilizado como modelo complementario la Terapia Familiar Multisistémica (MSFT, Multisistemic Familiar Therapy).

“La MSFT es un modelo de trabajo dirigido especialmente a jóvenes agresores violentos y crónicos cuyo objetivo es prevenir o atenuar la actividad delictiva como un medio para afectar favorablemente a sus vidas, a sus familias y a sus comunidades. Para lograrlo, parten de un enfoque social y ecológico de la conducta humana que considera la delincuencia como conducta multideterminada: el comportamiento delictivo se une directa o indirectamente con características importantes de los/las jóvenes y la familia, amigos y escuela (Hengeler, Schoenwald, Borduin, Rowland y Cunningham, 1998). De este modo, toda intervención que pretenda ser eficaz, deberá ser flexible, integradora y multifacética, para poder ocuparse de los múltiples determinantes de la conducta antisocial. La MSFT es un enfoque terapéutico altamente personalizado en la familia y basado en la comunidad y es consistente con los modelos de conducta social ecológicos, los cuales consideran la conducta como el resultado de las interacciones recíprocas entre individuos y sistemas interconectados en los que se construye y consolida su propio “self”. Ya que la MSFT trata de identificar factores que pueden promover o atenuar la conducta irresponsable por parte del/la joven y su familia, todo plan de intervención se desarrolla en colaboración con los mismos, e integra intervenciones dentro y entre la familia, las amistades, la escuela y la comunidad.

La MSFT ha sido implementada usando el modelo de preservación familiar. Este modelo enfatiza la condición de que los servicios basados en el hogar y enfocados hacia la familia sean intensivos, con un tiempo limitado, pragmáticos, y orientados

hacia una meta principal: capacitar a los padres y madres mediante el aprendizaje de las habilidades y recursos para dirigir las inevitables dificultades que surgen en la crianza de adolescentes, y relacionarse de forma efectiva e independiente con el entorno. Con este fin, los servicios son realizados en entornos del mundo real (casa, escuela, centros recreativos) con la intención, por una parte, de mantener a los/as jóvenes en sus ambientes naturales, y por otra, de desarrollar una red social de apoyo duradera entre padres y madres y el entorno social (Peña, 2003).

En la terapia multisistémica se utilizan estrategias enfocadas en el presente y orientadas hacia la acción, incluyendo técnicas derivadas de la terapia de conducta y la terapia cognitivo-conductual, pero todo esto dentro de un marco integrador y ecológico. Dado que el conjunto de factores de riesgo y protección son únicos para cada familia, el terapeuta desarrolla planes de tratamiento individualizados que se utilizan para mejorar las debilidades específicas de cada caso (Alba, 2004).” (Becoña y Cortés, 2010)

Las actividades de intervención familiar que forman parte de este programa son:

- Asambleas mensuales para familias, donde se analizarán temas comunes sobre adicciones como factores de riesgo y protección, indicadores de recaída, manejo de contingencias, control de crisis, toma de decisiones, resolución de conflictos. Cada familia participaría en una asamblea mensual. Los contenidos son:
 1. Bienvenida: Presentaciones (10’).
 2. Explicar Programa de familias (ppt) (15’).
 - a. Normas básicas: Puntualidad, Compromiso (aviso de NO asistencia), Brevidad en las intervenciones, limitar intervenciones individuales...).
 - b. Explicar Asamblea vs GAM.
 - c. Facilitar espacio para estar con el/la usuario/a.
 3. Explicar Programa y aclarar dudas (35’).

- a. Información sobre Asociación Dianova España.
 - b. Objetivos y metodología del programa.
 - c. Fases.
 - d. Actividades e Intervenciones.
4. Indicaciones en las salidas (35’).
 - a. Consumo de alcohol y otras drogas en la familia.
 - b. Cerveza sin alcohol y bebidas excitantes.
 - c. Toma de medicación.
 - d. Manejo del dinero.
 5. Café – merienda (15’).
- Grupos de ayuda mutua, donde se profundizará en el análisis de situaciones de riesgo y problemas relacionados con las drogodependencias en el ámbito familiar. Además de ofrecer apoyo emocional y apego, en estas sesiones es donde se utilizar la Teoría Cognitiva Social de aprendizaje. En estas sesiones participan de 8 a 12 familias y tienen una periodicidad mensual. Son grupos específicos para familias con algún miembro en situación de consumo de sustancias o con conductas disruptivas, que ofrecen un espacio donde puedan expresar sus problemas personales, y donde pueden encontrar la respuesta a esas dificultades gracias a la relación de ayuda mutua que se origina en el grupo.

Contenidos

- Rueda inicial (15’): estado de ánimo y expectativas del grupo.
- Explicación sobre dinámica de funcionamiento y normas básicas: confidencialidad/secreto de grupo, no obligación de hablar, libertad de expresión y respeto por el otro. Aclarar dudas sobre la sesión (15’).

-Temas en profundidad: emociones y sentimientos sobre la adicción del familiar (60').

-Dinámica de cierre/distensión: 15'.

Rueda final: Qué hemos aprendido y cómo nos vamos (15').

- Sesiones unifamiliares, al menos 1 durante el proceso de rehabilitación del/la usuario/a. La sesión de integración profundizará en las causas-consecuencias que ha tenido el problema adictivo en el sistema familiar. La sesión de autonomía orienta al sistema familiar hacia la resolución propia de los problemas y conflictos que puedan surgir sobre el fenómeno adictivo.

La difusión de la participación se ha realizado de manera fundamentalmente interna (aunque se pueda admitir en el programa a personas que, sin tener familiares en los centros de Asociación Dianova España, tienen necesidad de atención y apoyo), respetando la voluntariedad, confidencialidad y protección de sus datos.

La participación en el programa piloto ha sido libre y voluntaria, no suponiendo un requisito de admisión o exclusión de los programas de intervención. La manera de ingreso en el programa, para garantizar la participación voluntaria y por motivación propia, ha sido mediante la aplicación de un protocolo de inclusión, tras la información que se proporcionará en las sesiones explicativas iniciales, programadas a tal fin. El establecimiento de dicho protocolo ha permitido estandarizar la participación, así como las condiciones de inclusión y exclusión.

Se solicitó además a las familias participantes una autorización para el uso de los datos de carácter personal e imagen (en cumplimiento de la LOPD/1999).

4. CALENDARIO DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

MES	ENCUENTRO	FECHA	HORA
Octubre	1ª sesión informativa	14/10/2015 (VN)	16h -18h
	2ª sesión informativa	28/10/2015 (VN)	16h – 17:30h
Noviembre	1ª asamblea	13/11/2015 (VN)	16h -18h
	1º g. ayuda mutua	27/11/2015 (VN)	16h – 17:30h
Diciembre	2ª asamblea	11/12/2015 (VN)	16h – 18h
	2º g. ayuda mutua	18/12/2015 (VN)	16h – 17:30h
Enero	3ª asamblea	15/01/2016 (VN)	16h -18h
	3º g. ayuda mutua	29/01/2016 (VN)	16h – 17:30h
Febrero	4ª asamblea	12/02/2016 (VN)	16h -18h
	4º g. ayuda mutua	26/02/2016 (VN)	16h – 17:30h
Marzo	5ª asamblea	11/03/2016 (VN)	16h – 18h
	5º g. ayuda mutua	25/03/2016 (VN)	16h – 17:30h
Abril	6ª asamblea	11/04/2016 (LN)	16h -18h
	6º g. ayuda mutua	29/04/2016 (VN)	16h – 17:30h
Mayo	7ª asamblea	13/05/2016 (VN)	16h -18h
	7º a. ayuda mutua	27/05/2016 (VN)	16h – 17:30h
Junio	8ª asamblea	10/06/2016 (VN)	16h – 18h
	8º g. ayuda mutua	20/06/2016 (LN)	16h – 17:30h

5. MATRIZ DE EVALUACIÓN DE PROCESO Y RESULTADOS

Objetivos	Indicadores	Instrumentos de recogida de información	Resultado esperado
<i>Diseñar un programa de apoyo a familias</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Existencia de programa documentado - Adecuación de programa - Definición de objetivos - Establecimiento de planes específicos 	<ul style="list-style-type: none"> - Documentación específica - Memorias e informes 	<ul style="list-style-type: none"> - Un programa de apoyo a las familias con sesiones específicas y asambleas informativas. - Presentaciones (power-point) para familias, con la descripción del programa
<i>Evaluar la eficacia, eficiencia y pertinencia del programa Dianova de apoyo a familias</i>	<ul style="list-style-type: none"> - % de participación en las sesiones - % de asistencia a las sesiones - Valoración sobre la metodología - Valoración sobre estilo relacional - Percepción profesional de utilidad del programa - Percepción de los/as familiares sobre utilidad del programa - Satisfacción de los/as profesionales con el programa - Satisfacción de los/as familiares con el programa y la información recibida 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuestionarios - Grupos de discusión - Documentación específica - Memorias e informes 	<ul style="list-style-type: none"> - Un informe (3 ejemplares) de Evaluación por criterios, combinando metodología cuantitativa (cuestionarios) y cualitativa (grupos de discusión) - La percepción de utilidad de los/as familiares estará sobre el 80% - La percepción de utilidad de los/as profesionales estará sobre el 80% - La satisfacción de los/as familiares estará sobre el 80% - La satisfacción de los/as profesionales estará sobre el 80%
<i>Detectar necesidades e impacto social sobre cuestiones específicas del apoyo a las familias</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Necesidades percibidas - Necesidades comparativas - Necesidades expresadas - Efectos no esperados (positivos y negativos) - Alcance del programa (impacto) 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuestionarios - Grupos de discusión - Medición de impacto social 	<ul style="list-style-type: none"> - Detectadas necesidades y efectos no esperados (impacto) del trabajo con familias en los agentes implicados - Detectados efectos no esperados (impacto) del trabajo con familias en los agentes implicados

6. PRINCIPALES RESULTADOS

50 personas fue el número total de participantes, pertenecientes a 28 familias diferentes, de las cuales el 75% eran mujeres y el 25% hombres. La participación media en las sesiones fue de 29 personas, miembros de 14 familias de media. Eso significa

que asistían, de manera habitual, dos personas por cada sistema familiar. El porcentaje de personas que asistió a todas las sesiones del programa fue del 54% de los participantes (28 personas). De estos 28 asistentes que han participado en todo el programa se han extraído los datos para la evaluación.

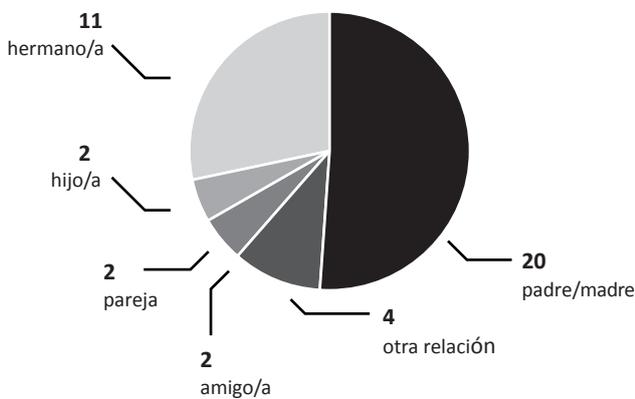


Gráfico 1. Relación con el/la usuario/a

El 52% de los participantes es madre o padre de un/a beneficiario/a. Un 28% son parejas de los/as beneficiarios/as. En porcentaje más reducido, encontramos parejas y amigas/os.

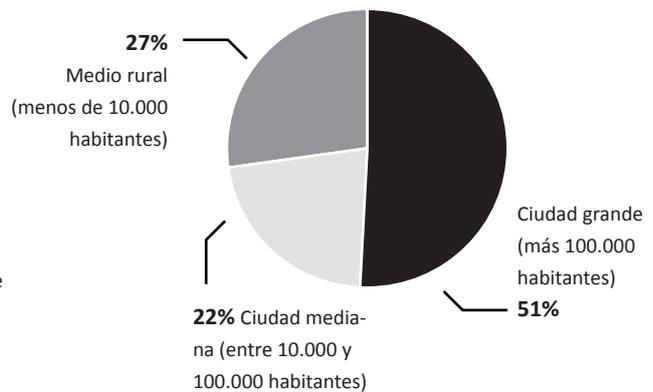


Gráfico 2. Procedencia

Sobre la procedencia, fundamentalmente proceden de núcleos urbanos, seguidos del medio rural y de ciudades pequeñas.

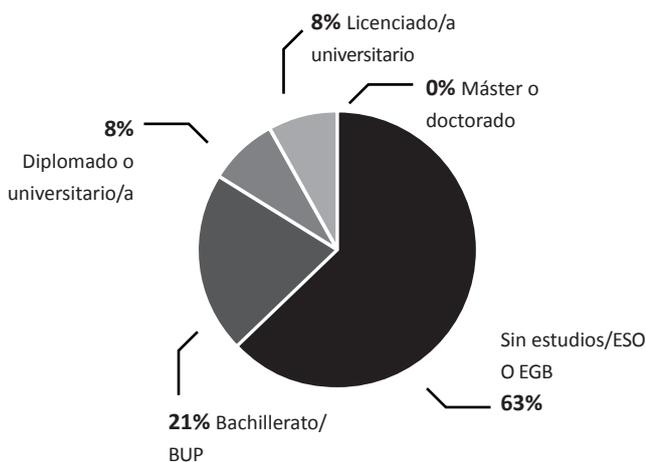


Gráfico 3. Nivel de estudios

Sobre el nivel de estudios, la mayoría de los y las familiares no tienen estudios o tienen estudios básicos. Son minoría los que tienen estudios universitarios.

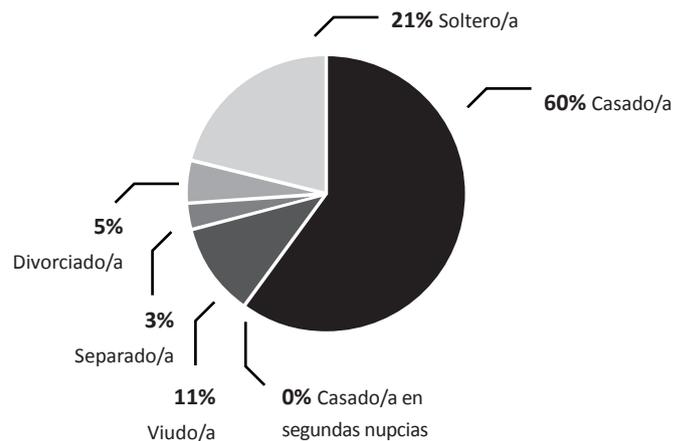


Gráfico 4. Estado civil

En su mayoría, los y las familiares están casados/as, en un porcentaje más reducido hay personas solteras y viudas.

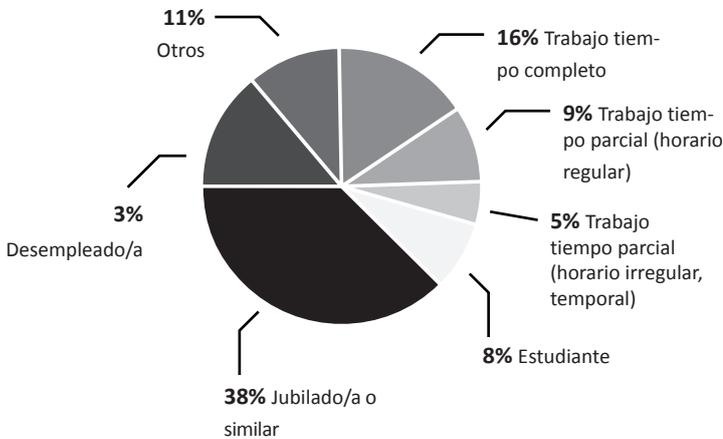


Gráfico 5. Situación laboral

Sobre la situación familiar, la mayor parte están jubilados/as. En porcentajes más reducidos hay trabajadores/as a tiempo completo y desempleados/as. Son mayoría las personas que no están activas laboralmente (60%) que las personas con trabajo.

Acerca de los objetivos del programa, el 63% se muestran como muy satisfechos/as con las asambleas de información para familias. Un porcentaje similar se muestra satisfecho/a o muy satisfecho/a con los grupos de ayuda mutua.

Sobre la percepción de utilidad, el 95% consideran muy útiles las asambleas. El 99% consideran útiles o muy útiles los grupos de ayuda mutua.

Como respuesta a sus necesidades, el 98% considera que el acompañamiento y apoyo terapéutico responden a estas necesidades; un 90% considera del mismo modo sobre la información que se ofrece sobre el programa; otro 90% afirma que la prevención de recaídas cubre sus necesidades. Como necesidades percibidas que les resulta más difícil cubrir, identifican sobre todo el asesoramiento jurídico, tanto de gestión documental (papeleo) como de información sobre multas, juicios...

Acerca del grado de satisfacción con las actividades, el 82% está satisfecho/a o muy satisfecho/a con el asesoramiento sobre pautas de actuación; el 100% valoran como muy satisfactorio el papel de los/as profesionales que han dinamizado la actividad; otro 82% están muy satisfechos/as con el espacio; otro 82% están igualmente muy satisfechos/as con la calidad de la atención; un 94% están muy

satisfechos/as con las instalaciones del centro; otro 82% consideran como muy satisfactorio el horario de atención.

Para analizar las respuestas de las preguntas abiertas y los grupos de discusión, se han agrupado las respuestas en diferentes bloques:

1. *¿Que habéis echado en falta durante el proceso realizado en las diferentes áreas?*

Área social

En esta área, las familias reclaman falta de implicación por parte de la Administración Pública. Cuando su familiar (hijo/a) era menor, han notado cierta desatención, consideran algunos que “si la familia no tiene problemas (desestructurada) no te atienden”. Han percibido una falta de seguimiento y de soluciones, especialmente en clave de intervención temprana y detección precoz. Plantean la necesidad de que exista algún sistema de alerta en los institutos. Mencionan que al cumplir los dieciocho, “no te informan y las ayudas son escasas”. “Como tiene dieciocho es mayor de edad no podemos hacer nada”. Se preguntan si se hubiera podido incapacitar con mayor facilidad a una persona con trastorno de drogodependencia que no tiene capacidad para decidir adecuadamente.

Área salud

Creen que han tenido buena atención en la sanidad pública, teniendo solamente dos objeciones. Una es el exceso de medicación por parte de los psiquiatras y otra, que está interrelacionada, es la falta de una auténtica especialidad médica en drogodependencias, no psiquiatría general sin más.

Área familiar

En estos casos particulares, han echado en falta más apoyo familiar, no tanto hacia el/la enfermo/a como a ellos mismos en forma de motivación y de refuerzo. Sobre todo, siendo consciente después de muchos años de proceso, de lo extenso de este camino.

Acusan sobre todo el gran desconocimiento sobre el problema de la drogodependencia.

Esta carencia los empujó a buscar en asociaciones, parroquias y todo tipo de organizaciones todo el apoyo, orientación, desahogo, motivación, etc... que no han obtenido de sus familias.

Área de intervención terapéutica

En esta área, destacan que, por regla general, se tarda mucho en acceder a los centros especializados. Más en recursos públicos que en dispositivos privados y asociaciones. Creen que se debería valorar más la urgencia de las familias ante el problema.

Vuelven a destacar el problema de la sobremedicación como “solución “ en algunos recursos.

2. ¿Qué necesidades actuales tenéis?

Plantean la dificultad para encontrar sitios (recursos) alejados y aislados del entorno inmediato del enfermo. Además, piden que se modifiquen leyes para ayudar a la rehabilitación, por ejemplo, que si una persona comete delitos (leves), cumpla sus condenas en centros especializados. Las familias creen que los presupuestos dedicados a las drogodependencias no son suficientes, que hay pocos recursos dedicados a esto y que los accesos a los dispositivos especializados, sobre todo los de tipo residencial, son muy limitados. Además, creen que el impacto social de las drogas es mayor del que se visibiliza y opinan que la opinión pública debería estar más al día de los problemas de este colectivo.

3. ¿Qué cambiaríais en todo el proceso?

Acusan la falta de apoyos y de información en muchos momentos por parte de otros familiares y la necesidad de recibir indicaciones claras para no cometer errores. También se culpan de haber sido padres consentidores.

Como fortalezas del programa, las familias perciben la utilidad de los grupos de ayuda mutua, tanto para compartir experiencias como por no sentir la soledad de la familia del/la adicto/a, con esa impresión de aislamiento.

En relación con esa idea de aislamiento, consideran que es necesaria una mayor difusión pública del problema de las adicciones para generar más recursos. En el caso de los/as pacientes cronifica-

dos/as, el consumo de drogas va asociado a vivir en la calle, delincuencia, dramas familiares...

Se han detectado diferencias en las puntuaciones en función del género. Las mujeres perciben como más útiles los grupos de autoayuda y las asambleas que los hombres. Consideran que las actividades realizadas (sobre todo el apoyo terapéutico y la información sobre el programa) les cubre mejor sus necesidades. Acerca del grado de satisfacción con las actividades, se observan resultados similares en ambos grupos.

7. CONCLUSIONES

- El programa ha resultado satisfactorio y de utilidad para los/as participantes, siendo percibido como adecuado tanto en sus actividades como sobre la labor de los/as profesionales participantes. A pesar de la diversidad de perfiles, sobre todo por las diferencias en relación con el/la usuario/a, procedencia, situación laboral... el programa responde a las expectativas y necesidades de los y las participantes.
- Hay que contemplar las necesidades no cubiertas expresadas, especialmente sobre la información jurídica.
- Además, el horario de atención y el asesoramiento sobre pautas de actuación (a pesar de haber sido considerados como muy satisfactorios) deben ser mejorados y ofrecer acciones específicas y adecuadas para los grupos beneficiarios. Sobre todo, el tema de los horarios debe permitir la participación de personas que se encuentren empleadas en el momento de realizar el programa.
- También la dinámica de las asambleas y los grupos de autoayuda debe ser mejorada, a pesar de los buenos resultados de satisfacción.

8. RECOMENDACIONES

- Los programas de apoyo para familias de personas con problemas de adicciones son útiles y eficaces, especialmente cuando se estructuran y se documentan en modelos basados en la evidencia científica.
- Es muy importante evaluar los programas, especialmente para tomar decisiones sobre qué mantener, qué cambiar y qué eliminar (si es necesario). En este caso, la sostenibilidad del programa de apoyo para familias se sustenta en los buenos resultados de la evaluación.
- Hay que favorecer la adherencia al programa, para de manera indirecta fomentar la vinculación al tratamiento. En el programa Dianova, para futuros estudios queremos identificar la vinculación entre ambos factores.
- Para realizar este tipo de programas hay que identificar diferentes factores importantes en la actualidad, como lo horarios de atención (especialmente para las personas que trabajan) y la distancia geográfica con el lugar donde se realizan las sesiones. Actualmente, los padres y madres de las personas con problemas de adicción tienen una edad muy avanzada, lo que hace que no puedan desplazarse con comodidad y disposición suficiente.
- Es necesario complementar este trabajo de apoyo para las familias con el objetivo del empoderamiento, para dotarles especialmente de competencias y habilidad sobre diferentes aspectos que se abordan en las asambleas y que necesitan ser complementados:
 - Manejo de situaciones de riesgo.
 - Habilidades de negociación.
 - Manejo emocional del conflicto.
 - Normas y limitaciones.
 - Conceptos básicos sobre adicciones.
 - Canales de comunicación.
- Han aparecido diferencias significativas entre hombres y mujeres, como se ha señalado. Además, en análisis posteriores podremos estudiar diferencias por rangos de edad, según se sea pareja, hermana/o o padre/madre... Habrá que adecuar las sesiones de los programas en función de las necesidades de cada acompañante, para mejorar la atención y la eficacia del programa de apoyo.

9. BIBLIOGRAFÍA

Alba, J. L. (2004). La terapia familiar multisistémica. Un modelo de intervención sociofamiliar dentro del sistema de justicia juvenil. *Psicología.com, Revista Electrónica*, 8 (2). Disponible en URL [16/05/2008]: <http://www.psiquiatria.com/psicologia/revista/128/16653/?++interactivo>.

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

Barrón López de Roda, A. (2013). *Materiales para Psicología Social de la Salud*. UCM.

Barrón López de Roda, A (2005) Apoyo psicosocial al paciente con cáncer. *Medicina y humanidades*, ISSN-e 0210-220X, Nº. 1577.

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

Becerra, J.A. (2009). *Emoción expresada familiar y uso de drogas en jóvenes*. Salud y Drogas.

Becoña, E. y Cortes, M. (2010). *La familia como agente de salud. Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Terapias centradas en la familia*. 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

Calvo, H. (2007). Redes de apoyo para la integración social: la familia. *Salud y Drogas*. ISSN edición electrónica: 1988-205X.

Center for Substance Abuse Treatment (2004). Substance Abuse Treatment and family Therapy. Treatment Improvement Protocol (TIP) series, nº 39. DHHS Publication nº (SMA) 04-3957. Rockville, MD.

De Roda A, Arias A, Jiménez M, de León M (2005). Apoyo social en voluntarios asistenciales y ecologistas. *Iberpsicología: Revista Electrónica de la Federación española de Asociaciones de Psicología*; 10(8):5.

Girón, S. S., Martínez Delgado, J. M. y González Saiz, F. (2002). Drogodependencias juveniles: revisión sobre la utilidad de los abordajes terapéuticos basados en la familia. *Trastornos Adictivos*, 4, 161-170.

Herrera Arce A, López De Gámiz E, Murua Navarro F, Martínez H, Jiménez-Lerma JM. (2003) Enfermería en adicciones: El modelo teórico de H. Peplau a través de los patrones funcionales de M. Gordon. A propósito de un caso práctico. *Nursing and drug addiction: H Peplau's theoretical model through M Gordon's functional patterns A practical case study (English)*; 5:58-74.

Lin, A. y Ensel, W.M. (1986). *Social support, life events and depression*. New York: Academic Press.

(Luhman, 1996). *La ciencia de la sociedad*. Ed. Anthropos.

Molina Fernández AJ, et al. La complejidad de la coordinación social y sanitaria en las adicciones y el papel de la enfermera. *Enfermería Clínica*. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.09.009>

Peña, F. R. (2003). Tratamiento multisistémico en adolescentes con trastorno disocial. *Salud Pública de México*, 45 (Supl.1), S124-S131.

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

Stanton, M.D. y Todd, T. (2009). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Ed. Gedisa, Madrid.

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.

ESTIGMA Y FAMILIA: UN ANIMAL DE VARIAS CABEZAS

STIGMA AND FAMILY: AN ANIMAL OF SEVERAL HEADS

Sergio Chacón

Psicólogo, Magister (c) en Psicología Social
y Comunitaria de la Pontificia Universidad
Católica de Chile.

RESUMEN

El fenómeno del estigma hacia personas con consumo problemático de drogas y sus familias, se aborda conceptualmente en forma amplia, incluyendo sus desastrosas consecuencias, particularidades y complejidad, para luego detenerse en su expresión como estigma familiar, tanto en sus consecuencias, como en sus distintos niveles de expresión: interpersonal, institucional/estructural y personal (autoestigma). También se explora el potencial de las familias como fuente de estigmatización hacia su familiar con consumo problemático de sustancias y, por último, se describen estrategias de afrontamiento del estigma y recomendaciones para luchar contra éste.

PALABRAS CLAVE

Familia, drogas, estigma, estigma por cortesía, estigma asociativo, estigma familiar.

ABSTRACT

The phenomenon of stigma towards people with problematic drug use and their families is conceptually and broadly addressed, including its disastrous consequences, particularities and complexity, and then dwell on its expression as family stigma both in its consequences and in its different levels of expression: interpersonal, institutional/structural and personal (self-stigma). It also explores the potential of families as a source of stigmatization towards their family member with problematic substance use and, finally, strategies for coping with stigma and recommendations to fight against it are described.

KEYWORDS

Family, drugs, stigma, courtesy stigma, associative stigma, family stigma.

POR QUÉ PREOCUPARNOS DEL ESTIGMA

Sabemos que la estigmatización es un fenómeno complejo, que incluye diversos procesos y que puede implicar múltiples consecuencias negativas en la vida de las personas que usan drogas (UKDPC, 2010). Además, está bien documentado su impacto en la posibilidad de conseguir empleo, vivienda, atención de salud, incluyendo, por supuesto, el tratamiento para el uso problemático de sustancias (CAMH, 2007). Del mismo modo, pueden verse afectadas otras áreas que involucran el bienestar de las personas estigmatizadas: sus interacciones, redes sociales y en definitiva también su calidad de vida en general (Link, Struening, Rahav, Phelan & Nuttbrock, 1997).

De acuerdo a Pasmán (2011), la estigmatización puede afectar negativamente el concepto de sí mismo, teniendo como consecuencia la disminución de la autoeficacia y facilitando eventualmente el desarrollo de formas de enfrentar la realidad en forma disfuncional. También afirma que el “estigma puede ser internalizado, creando el auto estigma, en el que la etiqueta predomina y reduce la autoestima” (p.122).

Consideremos además que las personas pueden ser objeto de estigma por diversas razones en forma simultánea (etnia, género, situación socio-económica, nacionalidad, enfermedad mental, etc.) y que si “todas estas condiciones estigmatizadas fueran consideradas juntas y sus resultados examinados (...) se mostraría que el estigma tiene un impacto enorme en la vida de las personas” (Link & Phelan, 2006, p.528).

ESTIGMA

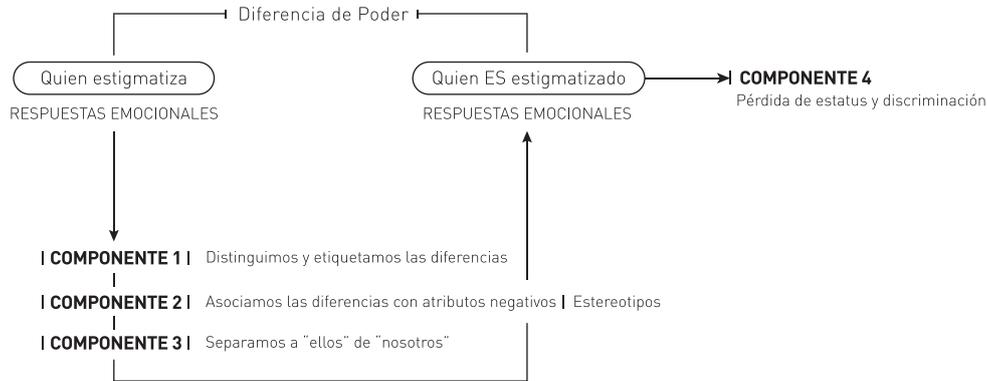
Dicho lo anterior y antes de continuar es necesario detenerse para preguntarse, de qué hablamos cuando hablamos de estigma. Para responder a esta pregunta, por su claridad conceptual y capacidad integrativa, usaremos el modelo propuesto por Link y Phelan (2001, 2004), que nos servirá para establecer el marco conceptual que nos permita mirar este fenómeno.

Link y Phelan (2001) usan el término estigma como un concepto paraguas que integra una serie de componentes que se interrelacionan para configurar el fenómeno de estigmatización (ver esquema n°1). De acuerdo a este modelo, el proceso sería el siguiente:

- **Primer componente:** identificamos diferencias entre personas/grupos y asignamos etiquetas para referirnos a estas diferencias (ej. las personas con consumo problemático son manipuladoras).
- **Segundo componente:** teniendo en consideración las especificidades culturales e históricas, establecemos el vínculo entre dichas diferencias y sus etiquetas con características negativas/indeseables generando estereotipos (ej. Las personas con consumo problemático son todas iguales, manipuladoras, mentirosas, poco confiables).
- **Tercer componente:** situamos a las personas en categorías que establece esta separación entre “ellos” y “nosotros” (ej. Ojalá que estas personas que usan drogas estén lo más lejos posible de mí y de mi familia).
- **Cuarto componente:** lo anterior tiene como consecuencia que las personas etiquetadas experimenten una pérdida de estatus y sufren discriminación (ej. Las personas que usan drogas son menos valiosas que cualquier ciudadano común y corriente que no use sustancias y dado que también son pocos confiables, no estoy dispuesto a darle empleo a nadie que esté en esas condiciones). Los autores contextualizan este componente diciendo que la estigmatización “es completamente contingente al acceso al poder socioeconómico y político que permite la identificación de diferencias, la construcción de estereotipos, la separación de las personas etiquetadas en categorías distintivas y la ejecución plena de la desaprobación, rechazo, exclusión y discriminación” (Link & Phelan, 2001, p.367).

COMPONENTES DEL ESTIGMA

(Chacón 2015, Elaboración propia a partir de Link y Phelan, 2001,2004)



Esquema nº1

Entendiendo que las reacciones emocionales son centrales para entender el comportamiento de ambos grupos, Link y Phelan (2004) posteriormente complementan su modelo incluyendo las reacciones emocionales, tanto de quienes estigmatizan como de quienes son estigmatizados. Según los autores (2004), su importancia radica al menos en dos razones:

1. Una respuesta emocional es algo que puede ser advertido por la persona que es estigmatizada, permitiéndole en alguna medida identificar cómo quien le estigmatiza lo ve como persona.
2. La respuesta emocional de quien estigmatiza, puede moldear la conducta y respuesta emocional de quien es estigmatizado.

ESTIGMA Y FAMILIA

Pero, ¿qué pasa con los familiares de quienes son estigmatizados? Hoy nadie pone en duda que el estigma que sufren las personas (por las razones que sea), se extiende hacia aquellos con quienes se les asocia, especialmente sus familias (Moses, 2014).

Esto que pareciera tan simple, está lejos de serlo. Digamos que es un animal de varias cabezas: múltiples denominaciones, componentes,

atributos, consecuencias, etc., complejidad de la que intentaremos dar cuenta en el presente artículo.

Este fenómeno ha sido denominado de diversas formas; Estigma de cortesía (Goffman, 1963/2006), Estigma Familiar (Corrigan & Miller, 2004), Estigma asociativo (Verhaeghe & Bracke, 2012) y Estigma de afiliado (Wonga, Makb & Liao, 2016), entre otras. Distintas maneras de referirse al hecho básico que la conexión o cercanía con la persona estigmatizada, particularmente si se es familiar, invita a que se le someta a los mismos prejuicios y discriminación de la que son objeto en forma directa quién tiene alguna condición que le hace ser blanco de estigmatización (Goffman, 1963/2006).

De acuerdo a lo planteado por Moses (2014) es posible distinguir al menos tres dominios en lo referido al estigma familiar.

(1) Interpersonal, referido a las actitudes e interacciones de las redes próximas hacia la familia y que según Park & Park (2014), podrían distinguirse los siguientes atributos en este dominio:

a) Comportamientos evitativos de terceros hacia la familia estigmatizada, junto con percepciones, emociones y actitudes negativas.

b) La creencia que aquello considerado inusual en la familia, es un riesgo para terceros (dañino, peligroso, poco saludable).

c) La creencia de que los miembros de la familia están de alguna forma contaminados por el miembro de la familia considerado problemático.

Otras posibles expresiones en este dominio de lo interpersonal, pueden ser el uso de lenguaje despectivo para referirse a esa familia, miradas reprobatorias, culpabilización, etc. (Larson & Corrigan, 2008; Skinner & Weisner, 2007).

En este mismo orden de cosas, Corrigan et al. (2006) plantean que las familias de las personas con dependencia de las drogas, son las más estigmatizadas, siendo objeto de juicios durísimos, en la medida que son considerados responsables por la situación y en muchos casos, particularmente el de las esposas y los padres, también son responsabilizados por las recaídas en el uso de sustancias.

(2) Institucional (estructural), entendido como aquello que hacen o dejan de hacer las instituciones privadas y públicas, en forma intencional o no intencional, que tiene como consecuencia que los miembros de la familia ven limitado su acceso a recursos para satisfacer sus necesidades o ejercer sus derechos. Lo anterior cristalizado a través de políticas, normas o procedimientos discriminatorios. (Corrigan, Markowitz & Watson, 2004; Corrigan, Watson, Heyrman, et al., 2005).

(3) Personal (autoestigma), referido al hecho que los miembros de una familia que incluye a una persona que tiene una o más condiciones por las cuales es estigmatizada, pueden tener pensamientos y creencias negativas sobre ellas mismas, debido a que internalizan los prejuicios que se tiene respecto de ellos, generando culpa, vergüenza (Moses, 2014), autodevaluación o miedo, lo que puede transformarse en un obstáculo para el logro de sus metas de vida (Luoma, 2013). Es esperable, además, que el autoestigma familiar se exprese como preocupación y esfuerzos concretos por mantener en reserva, de ocultar la condición del miembro de la familia que genera primariamente el estigma. Aunque en algunos, esta misma estrategia de ocultamiento, es solo una forma de autodefensa de la familia frente a un contexto prejuicioso, que excluye y discrimina (Moses, 2014).

De acuerdo a Park & Park (2014), son múltiples las consecuencias del estigma familiar y se pueden agrupar en tres categorías.

1) Emocionales: incluyendo la ansiedad, el miedo, la indiferencia, la sensación de desesperación, vergüenza, culpa, etc.

2) Sociales: mayor carga familiar, pérdida de reputación o estatus (Link & Phelan, 2001), pérdida del empleo y discriminación.

3) Interpersonales: aislamiento social, conductas evitativas y acciones concretas por mantener la condición de su familiar en secreto (que son tanto consecuencias como formas de hacer frente al estigma).

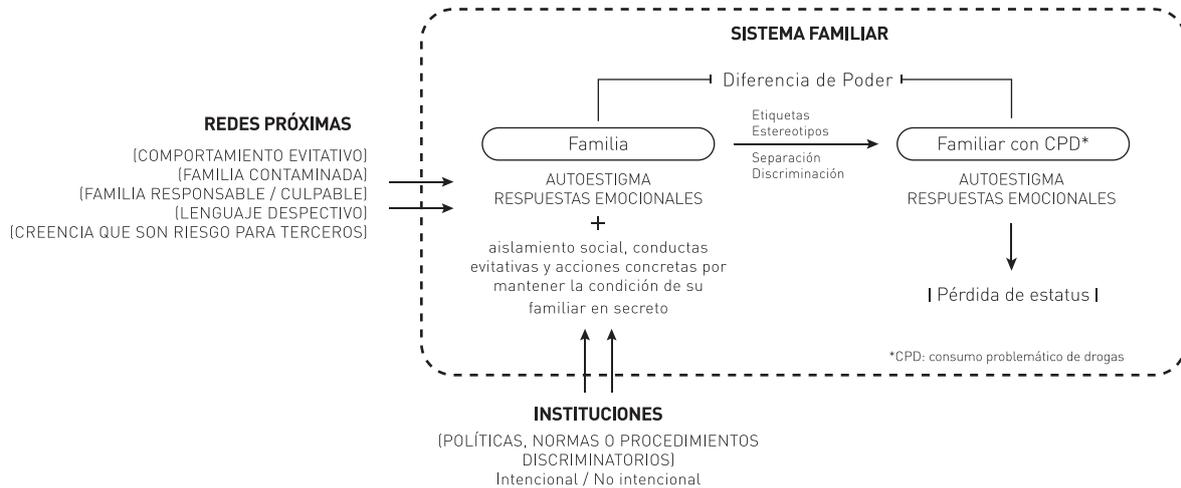
FAMILIA COMO FUENTE DE ESTIGMA

Este animal multicéfalo que es el fenómeno del estigma familiar tiene una última cabeza, que forma parte integral del fenómeno (ver esquema n°2). Sabemos que los procesos de categorización y de atribuciones de identidad social -dentro de los que se circunscribe la estigmatización-, pueden ser considerados un rasgo general de la sociedad, es la forma como operamos (Goffman, 1963/2006). Tomemos en cuenta también que los procesos de estigmatización se pueden presentar transversalmente en los diversos ámbitos de nuestra sociedad y además que cualquiera de nosotros puede estar en un extremo u otro del proceso de estigmatización, siendo estigmatizado o estigmatizando (Link & Phelan, 2001, 2004). En la misma línea, pero en el ámbito del sobrepeso, la investigación muestra que los miembros de la familia no son inmunes a estos sesgos y pueden estigmatizar a sus propios hijos, fenómeno que también se da entre los adultos (Puhl & Peterson, 2014). Es más, algunos estudios indican que la familia es la principal fuente trato sesgado por su condición de obesidad (Puhl & Brownell, 2006).

Dado lo expuesto, es sensato pensar que al interior de las familias también se podría estigmatizar a aquel miembro del grupo familiar que presenta

MODELO INTEGRADO DE ESTIGMA FAMILIAR

[Chacón 2015, Elaboración propia a partir de Link y Phelan, 2001,2004; Moses, 2014; Park y Park, 2014; Corrigan, Markowitz y Watson, 2004; Corrigan, Watson, Heyman, et al., 2005]]



Esquema nº2

la condición “indeseable”. De hecho, por ejemplo, en el caso de los usuarios de drogas, algunas personas sienten que el mero acto de buscar tratamiento, no sólo puede contribuir a consolidar una identidad de “drogadicto” (Autoestigma), sino que además los puede exponer al rechazo de su familia y amigos, es más, para aquellos que han estado en tratamiento, se ha encontrado una asociación significativa con mayores experiencias de rechazo por parte de la familia (UKDCP, 2010).

iniciativas y recomendaciones que diversas instituciones han promovido, por lo que sólo incluiremos aquí en forma sucinta algunas que podrían servir para orientar la acción.

Primero que todo, a nivel familiar, valga decir que las familias a menudo no asumen el estigma en forma pasiva, sino más bien luchan en contra de éste. La forma de hacerlo y su resultado variará según sus recursos, los tipos de estigma que enfrenten, quién es el miembro de la familia estigmatizado, etc. Incluso las estrategias pueden variar con el tiempo, según vaya variando la vivencia de la situación por parte de la familia (McDonald, Gregoire, Poertner, & Early, 1997). Dentro de las estrategias usadas por las familias se encuentran:

HACIÉNDOLE FRENTE AL ESTIGMA

Enfrentar el estigma familiar, es un desafío que interpela no sólo a los familiares de las personas con consumo problemático de sustancias, también incluye a la propia persona, a la comunidad en general, a las instituciones, los medios, legisladores, entre otros.

No basta la claridad conceptual y certeza sobre las consecuencias devastadoras que puede tener el estigma en los usuarios de drogas y sus familias, debemos construir el compromiso de salirle al paso al estigma y trabajar por reparar, disminuir y eliminar sus efectos negativos. Hay múltiples

- Gestión de la información referida a la condición estigmatizante, para asegurarse que la persona no está patologizada en exceso y para hacer frente a la potencial pérdida de estatus.
- Esconder la condición a terceros para evitar juicios.
- Evitar ciertos lugares o personas.
- Con el tiempo algunas optan por revelar el tema y así acceder al apoyo de otros en su misma condición (Moses, 2014).

En términos más amplios, pensando en la población en general, el Centro para las Adicciones y Salud Mental¹ (2007) de Canadá ha propuesto importantes recomendaciones para la reducción de los prejuicios y discriminación hacia personas con enfermedad mental y problemas con el uso de drogas, a saber: **conocer los hechos**, informarnos sobre la evidencia y derribar los mitos sobre el uso de drogas y particularmente el uso problemático. “Conocer sus particularidades, su relación con el contexto, los determinantes sociales en salud, como hacer prevención, las diversas formas de tratamiento y paradigmas de atención” (Chacón, 2015, p.46), es necesario conocer el real alcance de la situación de las drogas en nuestros países y comunidades; **ser conscientes de nuestras propias actitudes y comportamientos**, dado que todos, de alguna u otra forma, tenemos prejuicios y etiquetamos a otros. Es la forma en que nos hemos desarrollado, son mecanismos presentes en los procesos de socialización y que son reforzados en el seno de la familia, en el vínculo con amigos y también por los medios (CAMH, 2007). Conocer y reconocer nuestras actitudes y propias conductas es el inicio del tránsito hacia una forma de concebir a los otros en forma más tolerante, como individuos, no desde los estereotipos y comenzar a abandonar las etiquetas como forma de referirnos y categorizar a los demás. Junto a lo anterior, es imprescindible **elegir nuestras palabras cuidadosamente**, dado que la forma en que hablamos, puede influir en la manera que otros también piensan y se refieren a las personas que usan drogas y sus familias. La invitación es a desechar palabras cargadas negativamente o que sean portadoras de prejuicios o devaluación (drogadicto, adicto, vicioso, angustiado², pastabasero³, marihuanero, borracho, volado⁴, etc.). La recomendación es hablar siempre de persona con alguna característica, por ejemplo, persona con consumo problemático de drogas, o también usuario de drogas. CAMH (2007) también sostiene que es necesario aprovechar la oportunidad de **educar a otros**, siempre habrá posibilidades de transmitir hechos fundados en evidencia y promover actitudes positivas hacia las personas que usan sustancias y sus familias. Cuando se presente información sesgada, incompleta o derechamente falsa, en el

ámbito que sea, incluidos los medios de comunicación, hay que intentar hallar la manera de desafiar esos mitos y corregir lo que sea necesario, junto con hacer evidente el efecto negativo que los mitos tiene en las personas. **Focalizarse en lo positivo** de las personas que usan drogas. Ser usuarios de sustancias no obsta que también puedan hacer aportes valiosos en los diversos ámbitos en los que se desenvuelven. No caigamos en el error de tomar pars pro toto, las dificultades asociadas al uso de drogas, es sólo una parte de lo que son. **Apoya a las personas**, es imprescindible el trato digno y respetuoso, tratando de empatizar y ponerse en los zapatos del otro y pensar ¿cómo me gustaría ser tratado si yo estuviera en su situación?

En forma complementaria, UKDPC (2010) releva la necesidad de “Aumentar el conocimiento y comprensión entre la población en general acerca de la dependencia de drogas y su recuperación para reducir los niveles de miedo y culpabilización” (p.9), así como “asegurar el desarrollo de la fuerza de trabajo en el rango de profesiones que trabajan con personas con problemas de drogas para mejorar la respuesta de los servicios” (p.9), atendiendo así tanto al estigma social, como al que se presenta a nivel estructural o institucional. También a nivel estructural, se recomienda “remover las barreras legislativas y administrativas que refuerzan la estigmatización” (UKDPC, 2010, p.9), como es el caso de la persecución criminal de los usuarios de sustancias, contribuyendo a mantener en el ámbito de lo penal/policial un tema que es fundamentalmente socio-sanitario, reforzando la idea que el uso de drogas está causalmente relacionado con los delitos, a pesar que la evidencia muestra que aunque es posible encontrar asociación estadística entre ambas conductas, no es posible, bajo ningún pretexto, sostener que existe una relación causal entre ambas (Larroulet, 2012). Además es

¹ Centre for Addiction and Mental Health (CAMH). www.camh.ca

² Usuario de Pasta Base de Cocaína en Chile.

³ Ídem.

⁴ Usuario de cannabis en Chile.

necesario buscar nuevas maneras de involucrar a las comunidades, para “aumentar el contacto con usuarios de drogas en recuperación, con el propósito de promover percepciones más constructivas” (UKDPC, 2010, p.9), lo que se vuelve aún más urgente y central en el caso de las poblaciones en situación de exclusión, toda vez que el estigma es tanto una causa como una consecuencia de la exclusión social y tiene una relación estrecha con el bienestar y condiciones de salud de poblaciones más vulnerables (Link & Phelan, 2006; Latkin, Davey-Rothwell, Yang, & Crawford, 2012).

Estas son formas concretas de generar inclusión social y de reducir estigma (daños) asociados a conductas de riesgo como el uso de drogas. Es necesario tener siempre en perspectiva el enfoque de derechos humanos, sobre todo si consideramos que algunas de las aproximaciones más exitosas para la desestigmatización, han trasladado el foco de su discurso desde la desviación hacia una argumentación sustentada en la promoción y respeto de los derechos humanos (Kallen, 1989). Lo que implica:

“en el caso de los usuarios de sustancias, un énfasis en su derecho humano a la salud, (...) al tratamiento de drogas, a la vivienda, a los beneficios sociales, al empleo y al mismo tratamiento respetuoso que los ciudadanos no estigmatizados esperan de las agencias sociales” (CAMH, 1999, p.23).

Aún queda muchísimo por avanzar en este esfuerzo de combatir el estigma que sufren las personas que usan drogas y sus familias. Debemos revisar y modificar lo que sea necesario en nuestros discursos, políticas, leyes, en el abordaje que los medios hacen sobre este tema, pero sobre todo, debemos tener en cuenta que el centro del problema está en “las condiciones sociales y el sufrimiento que padecen los sujetos cuando tienen un problema con las drogas” (Vásquez, 2014, p.226) y que no habrá política de drogas completamente efectiva si no incluye como uno de los ejes de su diseño el trabajo por la disminución del estigma, su medición y monitoreo, y la eliminación de los

obstáculos que éste impone para la inclusión de las personas con consumo problemático de drogas y sus familias.

REFERENCIAS

Center for Addiction and Mental Health (1999). The stigma of substance use: a review of the literature. Canadá: CAMH.

Center for Addiction and Mental Health (2007). Stigma, Understanding the impact of prejudice and discrimination on people with mental health and substance use problems. Canada: CAMH.

Chacón, S. (2015). Estigma y drogas, “Cuidado con los volados de la esquina”. En C. Rojas (Ed.), Drogas, conceptos, miradas y experiencias (p.41-52). Talca: Universidad Católica del Maule.

Corrigan, P., Markowitz, F & Watson, A. (2004). Structural Levels of Mental Illness Stigma and Discrimination. Schizophrenia Bulletin, 2004, 30, 3, p.481-491.

Corrigan, P., & Miller, F. E. (2004). Shame, blame, and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members. Journal of Mental Health, 2004, 13, 6, p.537-548.

Corrigan, P., Watson, A., Heyrman, M., Warpinski, A., Gracia, G., Slopen, N. & Hall, L. (2005). Structural Stigma in State Legislation. Psychiatric services, may 2005, 56, 5, p.557-563.

Goffman, E. (2006). Estigma, la identidad deteriorada (10ª reimp.) Buenos Aires: Amorrortu.

Kallen, E. (1989). Label Me Human: Minority Rights of Stigmatized Canadians. Toronto: University of Toronto Press. En Center for Addiction and Mental Health (1999). The stigma of substance use: a review of the literature. Canadá: CAMH.

Larroulet, P. (2012). La relación droga-delito, construcción de un modelo de atribución. Tesis de maestría no publicada, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

- Larson, J. & Corrigan, P. (200) The Stigma of Families with Mental Illness. *Academic Psychiatry*; Mar/Apr 2008; 32, 2, p.87-91.
- Latkin, C., Davey-Rothwell, M., Yang, J. & Crawford, N. (2012). The Relationship between Drug User Stigma and Depression among Inner-City Drug Users in Baltimore, MD. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 90(1), 147-156.
- Link, B., Struening, E., Rahav, M., Phelan, J. & Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of health and social behavior*, 38, p.177-190.
- Link, B. & Phelan, J. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Link, B., Yang, L., Phelan, J. & Collins, P. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 3, p.511-541.
- Link, B. & Phelan, J. (2006). Stigma and its public health implications. *Lancet*, 367, 528-529.
- Luoma, J., Nobles, R., Drake, C., Hayes, S., O'Hair, A., Fletcher, L. & Kohlenberg, B. (2013). Self-Stigma in Substance Abuse: Development of a New Measure. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*; 2013; 35, p.223-234
- McDonald, T.P., Gregoire, T.K., Poertner, J. & Early, T. (1997). Building a Model of Family Caregiving for Children with Emotional Disorders. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 1997, 5, p.138-148.
- Moses, T. (2014). Stigma and Family. En Corrigan, P. (Ed.), *The stigma of disease and disability: understanding causes and overcoming injustices* [Kindle version] Washington, DC: American Psychological Association. [Dx.doi.org/10.1037/14297-000](https://doi.org/10.1037/14297-000).
- Park, S., & Park, K.S. (2014). Family stigma: a concept analysis. *Asian Nursing Research* 2014, 8, p.165-171.
- Pasman, J. (2011). The Consequences of labelling mental illnesses on the self-concept: a review of the literature and future directions. *Social Cosmos*, 2, 122-127.
- Puhl, R. & Brownell, K. (2006). Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity*. 2006; 14, p.1802-1815.
- Puhl, R., & Peterson, J. (2014). The nature, consequences, and public health implications of obesity stigma. En Corrigan, P. (Ed.), *The stigma of disease and disability: understanding causes and overcoming injustices* [Kindle version] Washington, DC: American Psychological Association. [Dx.doi.org/10.1037/14297-000](https://doi.org/10.1037/14297-000)
- Skinner, D. & Weisner, T. (2007). Sociocultural studies of families of children with intellectual disabilities. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews* 2007; 13, p.302-312.
- UK Drug Policy Commission (2010). *Getting serious about stigma: the problem with stigmatizing drug users, an overview*. England: UKDCP.
- UK Drug Policy Commission (2010). *Sinning and Sinned Against: The Stigmatisation of Problem Drug Users*. England: UKDCP.
- Vázquez, A. (2014). *Violentos, delincuentes y Malos. Medios de Comunicación y Drogas: Análisis de titulares seleccionados de un medio gráfico nacional*. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Verhaeghe, M. & Bracke, P. (2012). Associative stigma among mental health professionals: implications for professional and service user well-being. *Journal of Health and Social Behavior* 2012, 53, p.17-32.
- Wonga, C., Makb, W. & Liao, K. (2016) Self-compassion: A potential buffer against affiliate stigma experienced by parents of children with autism spectrum disorders. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/265071622_Self-Compassion_a_Potential_Buffer_Against_Affiliate_Stigma_Experienced_by_Parents_of_Children_with_Autism_Spectrum_Disorders.

INTERVENCIÓN FAMILIAR EN ESQUIZOFRENIA: INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA EMOCIÓN EXPRESADA

FAMILY INTERVENTION
IN SCHIZOPHRENIA:
PSYCHOEDUCATIONAL
APPROACH FOR THE
REDUCTION OF
EXPRESSED EMOTION

Gisela Rodríguez-Hansen

Psicóloga de formación clínica, Máster en investigación de Psicopatología del Adulto y Patología dual. Máster en psicopatología clínica infanto-juvenil.

RESUMEN

La emoción expresada (EE) es un constructo que contempla las actitudes afectivas y comportamientos (comentarios críticos, hostilidad y sobreimplicación emocional) de los familiares hacia un miembro de la familia con trastorno mental. El clima familiar con una alta EE constituye un factor de riesgo para la evolución y las recaídas del familiar con el diagnóstico al tratarse de una fuente crónica de estrés. Por esta razón la EE se muestra como una variable fundamental a tener en cuenta en la intervención familiar en la esquizofrenia. El objetivo de este trabajo es repasar brevemente evidencia científica que muestra que la EE afecta negativamente en el curso del trastorno, por lo cual las intervenciones familiares de corte psicoeducativo que centran el trabajo en la reducción de la EE suelen ser las más adecuadas en estas situaciones.

PALABRAS CLAVE

Esquizofrenia, tratamiento familiar, intervenciones psicosociales, terapia familiar, intervenciones familiares, psicosis, práctica basada en la evidencia, emoción expresada.

ABSTRACT

Expressed emotion (EE) refers to the affective attitudes and behaviours (criticism, hostility and emotional overinvolvement) of relatives toward a family member with a psychiatric illness. The family climate of high EE constitutes a chronic stress and contributes negatively to the patient's pathology. For this reason EE is shown as a fundamental variable to take into account in family intervention in schizophrenia. The objective of this paper is to briefly review scientific evidence that EE affects negatively in the course of the disorder, so that psychoeducational family interventions that focus work on EE reduction are usually the most appropriate in these situations.

KEYWORDS

Schizophrenia, family intervention, psychosocial interventions, family therapy, psychosis, evidence-based practice, Expressed emotion.

INTRODUCCIÓN

Un diagnóstico de trastorno mental severo crea diversos obstáculos a la hora de vivir independientemente. Una reducción en la capacidad de establecer relaciones sociales o una disminución de las oportunidades laborales, influyen en el autocuidado y la calidad de vida de las personas. Los familiares de los usuarios con diagnósticos comórbidos experimentan sentimientos de dolor, pérdida, culpa, rabia y aflicción. Del mismo modo que los pacientes se sienten estigmatizados y socialmente aislados, sus vidas se trastocan dándole más cuidados al paciente de lo que es propio de la edad y la reciprocidad de los intercambios entre los miembros de la familia queda desequilibrada llevando a la sobreprotección y cuidado excesivo, aspectos que se caracterizan por ser estresantes. Estas conductas derivan de la creencia que los familiares deben hacerse cargo de los problemas y de las tareas del cuidado del paciente. De este modo, la persona ejerce un rol de cuidador que experimenta una carga y tensión considerable (tanto a nivel emocional, físico como económico) que pueden incluso desencadenar en algún problema de salud mental o física.

La emoción expresada (EE), que se evalúa principalmente a partir del número de comentarios críticos, hostiles y de sobreimplicación que realizan los familiares del paciente, es una medida de las actitudes de la familia hacia la persona afectada del diagnóstico de esquizofrenia y es un predictor importante en las recaídas tanto de consumo como de la propia enfermedad. Las intervenciones familiares que actúan sobre el clima emocional, favorecen la recuperación, disminuyen la frecuencia de las recaídas y la tasa de hospitalización. Además este tipo de intervenciones, intensifica el cumplimiento de las indicaciones psicofarmacológicas y mejora el funcionamiento y el ajuste social del paciente. Si focalizamos nuestra atención en los estudios cuya intervención

consiste en programas psicoeducativos y técnicas de resolución de conflictos, dirigidos a familias con una alta expresividad emocional, encontramos mejoras favorables en cuanto a las recaídas. En este tipo de programas, los familiares de los pacientes ya no son estigmatizados como los causantes de la enfermedad, sino que pasan a ser considerados aliados o incluso co-terapeutas en el tratamiento, que necesitan herramientas adecuadas (información sobre el diagnóstico, etc). Diversos estudios han encontrado que los comentarios críticos (CC) están relacionados con la implicación familiar, más que con la hostilidad (H) o la sobreimplicación emocional (SI). De hecho, los programas psicoeducativos permiten una modificación relativamente sencilla de los comentarios críticos, prestando mayores dificultades en la modificación de la sobreimplicación emocional.

Los familiares con una alta emoción expresada tienden a considerar los síntomas psicóticos, y particularmente la sintomatología negativa, como sujetos al control del paciente esquizofrénico, empujándolo o presionándolo hacia el cambio. Este comportamiento es estresante para el paciente, particularmente si él/ella es incapaz de cumplir con semejantes exigencias. Se ha demostrado en varios estudios que tanto la actitud como la implicación y el comportamiento, de tipo crítico o controlador, de determinados familiares es una fuente importante de estrés que conduce a la recaída del paciente. Además, los pacientes inmersos en familias con una alta EE no solo son más propensos a recibir comentarios críticos sino que también presentan una mayor tendencia a realizar ellos mismos observaciones críticas sobre el comportamiento de su familia, sosteniendo la situación y cronificando el intercambio de este tipo de mensajes en el discurso del día a día. De este modo, aunque la intervención unidireccional en el sistema de comunicación familiar-paciente sería fructífera, cabe esperar que la bidireccional (familiar-paciente/paciente-familiar) aporte mejores resultados.

La comunicación verbal ejerce un rol destacado en las interacciones personales, sin embargo podemos encontrar en ellas otro tipo de componentes más sutiles pero presentes, y por consiguiente también importantes, como lo que podríamos llamar el control relacional. El control relacional hace referencia a la

distribución de poder (dominancia-submisión) en una relación, a través o no del intercambio verbal y podría definirse en términos del impacto que la comunicación de un hablante ejerce sobre el otro. Determinados estudios han encontrado en términos generales, los sujetos varones son más competitivos en los intercambios verbales estableciendo las directrices o los temas sobre los que hablar, mientras que las mujeres tienden a buscar la confirmación del otro. Este tipo de resultados con el constructo de género merecen un mayor análisis y no atribuir sencillamente al género del paciente para explicar este tipo de conductas encontradas ya que sería una explicación más que reduccionista, sino en el tipo de socialización que se potencia en el seno de la familia dado el rol de género esperado de cada uno de los componentes.

De modo parecido, la falta de empatía (capacidad de percibir el estado anímico del otro a pesar del propio estado emocional) ha sido sugerida como parte de la EE alta en los familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. La empatía debe jugar un rol central en la comprensión de las personas, y por lo tanto en el manejo de las relaciones interpersonales. La empatía, la calidez y la congruencia con uno mismo son consideradas reductoras del nivel de activación del paciente, y por lo tanto, necesarias y facilitadoras condiciones para la mejoría terapéutica.

El sentido de culpabilidad que muchos familiares experimentan o han experimentado en algún momento por la enfermedad del paciente, puede ser considerado un rasgo de personalidad y ha sido propuesto como un factor de riesgo para la sobreimplicación emocional (SI). La culpabilidad resulta de la explicación de los fracasos de otros como controlables por uno mismo. Existen otros determinantes de la emoción expresada: rasgos de personalidad de los familiares, psicopatología de los familiares, estilos de vinculación, características del paciente, comportamientos disruptivos, condición laboral, factores de interacción, atribución causal y la carga experimentada por el cuidado de la persona.

Dentro de la intervención familiar, los tratamientos que han mostrado mayor eficacia utilizan un paquete combinado de técnicas con algunos principios comunes: psicoeducación sobre el diagnóstico, reducir o eliminar la culpabilidad de los familiares y/o paciente, proporcionar apoyo práctico y emocional, respaldar

la importancia del tratamiento y el cumplimiento farmacológico, eliminar el consumo de sustancias. Por otra parte es fundamental disminuir el estrés en el núcleo familiar, mejorando la comunicación y animando a los miembros de la familia a aumentar su red de relaciones sociales y orientaciones conductuales más explícitas y prácticas (manejo de situaciones estresantes, situaciones de crisis, habilidades de afrontamiento y resolución de problemas).

EL CONCEPTO DE EMOCIÓN EXPRESADA

Cuando Zubin y Spring (1977) enuncian la Teoría de la Vulnerabilidad, pusieron las bases de uno de los desarrollos científicos más prolíficos en el ámbito del espectro psicótico. Según estos autores, para que aparezca la enfermedad es necesaria la acción de un factor estresante sobre un organismo con cierta vulnerabilidad (genética, bioquímica, cognitiva...). A mayor vulnerabilidad, menos estrés será necesario para que se produzca la esquizofrenia, y viceversa. El control del estrés aparecía como una forma de reducir la tasa de recaídas, o incluso evitar la aparición de la esquizofrenia.

Leff, Kuipers, Berkowitz, Vaughn y Sturgeon (1983) afirman que las personas con esquizofrenia son vulnerables a dos tipos de estrés: el agudo y el crónico. Ambos tipos de estrés son equivalentes en sus efectos sobre el paciente. Dentro del estrés crónico, se incluye la Emoción Expresada familiar (EE), el mejor predictor de recaída en esquizofrenia que se conoce, y que podría caracterizarse por un estilo comunicativo del familiar con el paciente esquizofrénico que, aunque no genere la enfermedad, influye en su curso.

Brown et al. (1972) realizan un estudio en el que se describen por primera vez todas las medidas que componen la Emoción Expresada. Parten de la hipótesis de que la alta EE familiar puede causar recaídas en los esquizofrénicos independientemente de otros factores, como duración de la enfermedad o sintomatología.

Depuran las escalas del instrumento presentado en Brown y Rutter (1966):

- **Criticismo:** Recuento de comentarios críticos (CC) en los que se muestra de forma clara y sin ambigüedad disgusto, resentimiento o desaprobación en relación con alguna persona del hogar. Los análisis efectuados llevan a los autores a situar en 7 comentarios críticos el punto de corte entre baja y alta EE.
- **Hostilidad (H):** Presente o ausente si existe o no rechazo de alguna persona como tal. Son críticas generalizadas basadas en el contenido de las verbalizaciones.
- **Insatisfacción:** Puntúan en una escala de 4 puntos las áreas de la vida familiar ya expuestas en Brown y Rutter (1966). Los análisis efectuados no la relacionaron con las recaídas ya que sólo correlaciona con ellas cuando la familia es de alta EE. Esto sugiere que la insatisfacción no es por sí misma causa de recaídas, por lo que no sería incluida en la confección del índice EE.
- **Sobreimplicación emocional (SI):** Se refiere tanto a los sentimientos expresados como a la conducta informada del entrevistado con respecto al paciente. Puntúa en una escala de seis puntos e implica sobreprotección, dramatización en exceso de los incidentes sin importancia, mostrar especial aflicción emocional durante la entrevista...
- **Calidez:** Puntuada sobre una escala de seis puntos basada en la afectividad "demostrada" al responder durante la entrevista sobre cualquier persona del hogar. Los análisis posteriores mostraron que la calidez tiene una relación con las recaídas en forma de "U": mayor tasa de recaídas con niveles mínimos y máximos de calidez. Esto se explica por la correlación que hay entre los distintos niveles con otras escalas: una calidez máxima correlaciona con sobreimplicación emocional, mientras que una calidez mínima correlaciona con criticismo.

Las estrategias terapéuticas que permiten comunicar adecuadamente los sentimientos

negativos y positivos, escuchar al otro y realizar una petición de cambio de conducta, deben ser ajustadas a los déficits específicos en la comunicación verbal pero también en la no verbal. Debe enfatizarse la necesidad de claridad y simplicidad de las expresiones, evitando interrumpir al que está hablando y dirigiendo su mensaje a la persona en cuestión evitando las incongruencias en sus mensajes.

En algunas ocasiones puede ser indicado el modelado por parte del terapeuta de una determinada conducta en una determinada situación, con el objetivo de mostrar a las familias de un modo más directo, que se puede desarrollar una discusión sin necesidad de acaloramiento y rencor. Cuando se trabaja con este tipo de instrucciones más directas se debe ser cauto, puesto que podría ser contraproducente y provocar sentimientos de culpa en los familiares.

En otras ocasiones, bastará con un modo más directo de cambio de actitudes. Los comentarios críticos sobre aspectos que hacen referencia a la sintomatología positiva y negativa del paciente pueden verse notablemente reducidos si informamos a los familiares de la existencia y característica de tales síntomas, los comentarios y actitudes hostiles también pueden disminuir si señalamos la importancia de estos como factores estresantes para el sujeto.

Los tratamientos psicoeducativos van principalmente dirigidos a la reducción de la emoción expresada, ya que se busca reducir la vulnerabilidad del paciente a las recaídas de la enfermedad, dado que este constructo implica un factor de riesgo claro en su recuperación y el mantenimiento de la mejora, como un factor que aumenta la vivencia subjetiva del sufrimiento que incrementa la carga del cuidador.

VARIABLES QUE INTERVIENEN EN LA INTERVENCIÓN FAMILIAR EN LA ESQUIZOFRENIA: UNA BREVE REVISIÓN DE LA LITERATURA

Algunos de los objetivos e hipótesis planteadas por las diversas investigaciones presentan un número

considerable de nexos comunes que permiten cierta agrupación en los estudios y los resultados. En la mayoría de ocasiones encontramos investigaciones que se centran en un proceso o variables concretas de la intervención familiar en la esquizofrenia, con la consiguiente diversidad de variables y objetivos que un proceso tan complejo implica:

1. Analizar los comentarios críticos realizados por los familiares durante las entrevistas, para investigar métodos de intervención familiar.
2. Describir dimensionalmente el concepto de cuidado: describir la conexión entre las dimensiones del cuidado y las características del paciente, el cuidador, y la relación entre ellos, y describir la relación entre las dimensiones del cuidado y la angustia del cuidador.
3. Establecer hasta que punto, una actitud empática pobre predice la recaída clínica del familiar. Determinar hasta cuándo se mantiene la asociación entre falta de empatía y recaída, después de controlar los efectos de otros factores relacionados con el curso de la enfermedad, incluyendo la actitud crítica de los familiares.
4. Conocer que predice la Emoción expresada de los familiares.
5. Identificar los factores relacionados con la adherencia de los miembros de la familia a la intervención familiar.
6. Evaluar los efectos del contacto cara a cara y la medicación en las tasas de recaída.
7. Analizar las subescalas de emoción expresada y relacionarlas con el número de recaídas.

La literatura nos muestra que los comentarios críticos más comunes por parte de los padres o las parejas de los pacientes están más relacionados con los síntomas positivos. Le siguen en orden decreciente, las categorías de los problemas cotidianos, sintomatología negativa e incumplimiento psicofarmacológico, en lo que respecta a los padres. En lo que respecta a las parejas se centran más en comentarios relacionados con problemas cotidianos y personalidad premórbida. Los

comentarios críticos establecidos por los familiares sobre la sintomatología positiva y negativa parecen estar basados en determinadas actitudes, más que en la severidad y en el tipo de síntomas (Shimodera et al; 1998).

Los padres con baja emoción expresada presentan menores intentos de ejercer el control a lo largo de las conversaciones con los hijos y mayor número de comentario neutrales que los padres con alta emoción expresada. Los pacientes de familias con baja EE presentan una tendencia a responder de modo sumiso o neutral, mientras que los pacientes con familias de altas EE presentan mayor tendencia para ejercer el control de la conversación. La raza, el sexo, el grado de EE y el control relacional interactúan significativamente entre sí (Wuerker et al., 1999).

Las características del paciente muestran mayor relación con los problemas y tareas del cuidado y principalmente están relacionados con la tensión y la preocupación. A nivel dimensional, las características del cuidador están principalmente relacionadas con la tensión y las características de la relación cuidador-paciente con la supervisión. Dentro de las características del paciente, la sintomatología se muestra fuertemente relacionada con los problemas y tareas del cuidado, sorprendentemente, un mayor contacto con el profesional de salud mental por parte de los cuidadores, implica más tensión, supervisión y urgencia. Respecto a la relación cuidador paciente, el número de horas en contacto es el factor que ejerce un fuerte impacto (Schene et al., 1998).

Los pacientes que viven con una pobre actitud empática recaen más frecuentemente que aquellos que viven con familiares que tienen una empatía adecuada. Otros factores de pronóstico de descompensación pueden ser el estar desocupado a nivel laboral, el cumplimiento irregular del tratamiento farmacológico, el pobre ajuste premórbido, la presencia elevada de sintomatología negativa, la falta de contactos sociales y la actitud crítica de los familiares (Girón et al., 1998).

El grado de hostilidad unido a culpabilidad es mayor en los padres de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia que en otros familiares con un familiar diagnosticado de otro trastorno psicótico.

La conciencia de culpabilidad aparece ligada a la edad del familiar (mayor a más edad) y una elevada conciencia de culpabilidad es variable predictora del mayor número de comentarios críticos. No se observa semejante relación ni con la hostilidad ni con la calidez pero sí con la sobreimplicación emocional en los casos cuyo diagnóstico es esquizofrenia (Bentsen, Notland, Munkvold et al., 1998).

Se han identificado determinadas variables independientes asociadas con un no cumplimiento o no adherencia al tratamiento o intervención familiar: diversas hospitalizaciones previas, tener una edad avanzada en el momento de iniciar el tratamiento, escaso conocimiento familiar inicial sobre el diagnóstico y la relevancia del uso de tratamiento farmacológico, y vivir en un núcleo familiar reducido (Montero et al., 1999)

MODELOS PSICOEDUCATIVOS EN LA INTERVENCIÓN FAMILIAR

A partir de la observación de Wynne y posteriormente de Brown (1958) de que las personas con un diagnóstico de esquizofrenia recaían en sentido clínico al abandonar el hospital y reanudar el contacto con sus familiares en un porcentaje mucho mayor que aquellos pacientes que vivían en entornos protegidos o con otros pacientes. Proliferaron entonces aquellos estudios para detectar factores protectores ante las recaídas. El propio Broen junto con Rutter, Birley y Wing desarrollaron la Camberwell Family Interview (CFI) entre 1966 y 1972, y con ella emergió el concepto de emoción expresada (EE). Estos investigadores hallaron que aquellos pacientes que después del alta hospitalaria volvían a su entorno familiar con elevada EE tenían una probabilidad de recaída del 50% en los 9 meses siguientes del alta, mientras que aquellos que regresaban a un ambiente de baja EE únicamente recaían en un 15% de los casos. Los factores de protección parecían ser el cumplimiento del tratamiento farmacológico y la reducción del contacto directo con los familiares entendida como las horas que comparten en la misma habitación de la casa.

A partir de estas experiencias se desarrollaron algunos métodos y técnicas de intervención familiar.

La revisión publicada por Leff (1985) sobre los métodos empleados por Goldstein (1978), Anderson (1986). Fallon (1982) le permitió observar ciertos aspectos comunes:

1. Psicoeducación sobre el diagnóstico.
2. Operativización de la solución de problemas.
3. Modificación de la emoción expresada.
4. Resolución del contacto cara a cara con el familiar.
5. Expansión de la red social.
6. Disminución de las expectativas y de las presiones sobre el paciente.

Las bases aportadas por estas investigaciones y los hallazgos que de ellas se derivan, son las que han dado lugar a la emergencia del actual modelo psicoeducativo dirigido a familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia con el cual se trabaja actualmente.

El modelo psicoeducativo abarca además de la base biológica de la enfermedad, toda la dinámica familiar que se genera de esta situación, intentando desculpabilizar, enfatizando el valor terapéutico de la información y buscando estrategias generales y específicas para las familias. Centra su atención en las experiencias que poseen los familiares sobre el trastorno, otorgando una connotación positiva a esta en su capacidad potencial de buscar soluciones y resolver eficazmente los problemas. A medio plazo se busca conseguir una red de ayuda mutua a través de la empatía generada por la comunicación y expresión de sentimientos y finalmente, la transmisión por parte de los profesionales de cierta información sobre la terapia, pautas de cambio en el patrón relacional, recursos y ayudas a los que pueden acudir, etc.

A grandes rasgos podemos afirmar que las terapias psicoeducativas familiares tienen como grandes objetivos:

- Apoyar y colaborar con las familias ante la tensión, sobrecarga y desgaste que conlleva el responsabilizarse del mantenimiento del paciente en la comunidad, puesto que esto influye en el pronóstico del diagnóstico.

- Educar a las familias para permitir una mejor comprensión del trastorno y facilitar la generación de cambios terapéuticos.
- Dotar a los familiares de estrategias para que estos cambios se intensifiquen y estabilicen, colaborando en la prevención de recaídas.

ATENCIÓN ESPECÍFICA CON LAS FAMILIAS

La atención individualizada y específica consiste en visitas periódicas, previamente concertadas que pueden realizarse o no en presencia del familiar. Es el espacio principal a partir del cual se articulan el resto de intervenciones con el núcleo familiar.

Este espacio unifamiliar pretende atender necesidades que pueden ir surgiendo a lo largo del proceso terapéutico, sirviendo de apoyo emocional y psicoeducativo. Las indicaciones del terapeuta deben basarse en la evolución del paciente y para ello es básica una comunicación fluida entre la familia, el paciente y el terapeuta.

Los principales aspectos y situaciones que se trabajan en la atención específica son:

- Control de las expectativas y la sobreexigencia: En aquellos casos de diagnóstico reciente se debe prestar especial atención a la elaboración de la inevitable disminución del funcionamiento del paciente durante aproximadamente el primer año.
- Elaboración de la sensación de angustia, frustración y desesperanza ante la presentación del diagnóstico en el familiar, dejando un espacio para la expresión de estas emociones y de las ideas asociadas.
- Establecer objetivos pequeños y realistas. Dado el impacto que genera la enfermedad en el seno familiar, en la gran mayoría de ocasiones se ven afectadas diversas áreas en las que anteriormente el paciente se desenvolvía correctamente. Si además de las consecuencias emocionales, añadimos expectativas excesivamente elevadas se

propiciará una nueva recaída. Esto evidencia la necesidad de retomar con gradualidad las tareas de la vida cotidiana y evaluando constantemente la dificultad que implica para el paciente.

- Estrategias de convivencia.
- Equilibrio entre la tolerancia y poner límites. Existe la necesidad de visualizar con claridad la diferencia entre la tolerancia y la permisividad.
- Afrontamiento de conductas perturbadoras
- Como afrontar la falta de consciencia y aceptación de la enfermedad del familiar y el consecuente rechazo al tratamiento farmacológico.

Por otra parte se pretende que los familiares aprendan a reconocer los síntomas prodrómicos o las señales de alarma previas a una descompensación. Según la evolución del tratamiento también pueden abordarse aspectos como conductas que han evolucionado positivamente y la futura reinserción laboral.

GRUPOS PSICOEDUCATIVOS

Este tipo de grupos está diseñado a modo de cursillo, ya que pretende dotar a los familiares asistentes de ciertos conocimientos sobre el diagnóstico, además de actuar como red de apoyo emocional. Pretende situar a las familias en una situación de estrecha colaboración con los profesionales, con el objetivo de mejorar su entendimiento sobre el trastorno que presenta el paciente para poder ayudarlo, prevenir las recaídas y afianzar las bases que permitirán un cambio a nivel actitudinal y conductual. Las diferentes sesiones que se llevan a cabo se centran en la explicación de un concepto determinado con unos objetivos muy delimitados y genera dinámicas diferentes según el ambiente que se busca conseguir.

Terapia grupal formato “asamblea”

Los profesionales que dirigen el grupo adoptan un rol más directivo para explicar una serie de conceptos y pautas terapéuticas a los asistentes. En momentos previamente estipulados se pide la cola-

boración y participación de los familiares para aplicar lo explicado a sus situaciones personales.

Los contenidos que se tratan en este formato de terapia grupal familiar son los siguientes:

- Información sobre el diagnóstico: ¿Qué es la esquizofrenia? Se realiza un breve recorrido histórico del trastorno para evidenciar los conocimientos actuales que se tienen sobre el trastorno, el tratamiento y el pronóstico.
- La experiencia de la esquizofrenia entre el paciente y los familiares. Los familiares acostumbran a presentar una preocupación constante por determinadas conductas impredecibles o extrañas del paciente, que generan sentimientos de impotencia y terminan en un agotamiento mental y emocional. Se explica la transición por diversas etapas tales como: reconocimiento inicial del problema, negación o evitación, consulta en diversos recursos y especialistas, fe incondicional en la posibilidad de “curación”, reconocimiento de la cronicidad de la enfermedad (reacciones de culpa, sobreprotección, etc), sentimiento de desesperanza frustración y preocupación por el futuro.
- La farmacoterapia: Se explica la importancia de la adherencia terapéutica, como actúa la medicación antipsicótica, como actúa a nivel de sintomatología negativa y positiva.
- La terapia psicológica y educativa: Se explica también la importancia de un seguimiento del programa y las recomendaciones del terapéutica, así como el potenciar el vínculo con los profesionales de referencia para compartir información sobre la evolución del propio paciente y el equipo terapéutico.
- El papel de la familia: La comprensión y explicación del papel que juega la emoción expresada y los componentes de este constructo (comentarios críticos, hostilidad y sobreimplicación) juntamente con el grado de tensión general de la familia motiva y facilita la colaboración en la aplicación de las estrategias que se les proporciona para reducirlas. Debe prestarse especial atención a las palabras utilizadas en la explicación de

estos aspectos para no culpabilizar a los familiares.

- El concepto de emoción expresada: Comentarios críticos, hostilidad y sobreimplicación.
- Las habilidades de comunicación: Las habilidades que se trabajan en los grupos de familia se basan en el modelo de entrenamiento en habilidades sociales de Liberman, Atchinson y Falloon (1988), que tiene en cuenta cuatro tipos básicos de comunicación que se explica a los familiares:

Mejorar la comunicación escuchando activamente las necesidades de los otros:

- Ser claro y conciso.
- Centrarse en el tema concreto al hablar.
- Evitar distracciones.
- Repetir la idea principal.
- Asegurarse que nos han entendido preguntándolo.
- Escribir lo necesario.

Expresión de sentimientos positivos y retroalimentación positiva:

- Evitar la crítica hostilidad al comunicarnos.
- Expresar los sentimientos cuando el paciente haga algo agradable o por iniciativa propia.
- Mirar a la persona cuando se dirige a ella al hablar.
- Comunicar al familiar cosas que le agrada de su persona.

Enunciar peticiones en positivo

- Mirar a la persona a la cual nos dirigimos.
- Decir exactamente lo que nos gustaría que hiciese evitando incluir en la frase palabras negativas.
- Decir cómo nos sentiríamos si la otra persona hiciese lo que le pedimos y el beneficio que repercutiría en la relación.
- Si el otro realiza lo que le pedimos agradecerse y comunicarle como nos sentimos. Evitar

la crítica y el remarcar lo que ha hecho mal en el camino de buscar la conducta correcta.

Expresión de emociones y sentimientos negativos

- Mirar al otro y hablar con firmeza.
- Decir exactamente lo que nos ha molestado (explicar el hecho concreto actual y evitar reproches del pasado).
- Comunicarle como nos hace sentir.
- Se le sugerirá como evitar que esto vuelva a suceder, dándole un comportamiento alternativo. También se les explica la técnica de resolución de problemas y se pone en práctica con ejemplos concretos aportados por las familias presentes.

Taller de resolución de problemas

Se enseña a los familiares a abordar soluciones y problemas que pueden surgir de la vida cotidiana de una forma estructurada que incluye seis pasos:

- Identificación del problema específico.
- Búsqueda conjunta y realización de un listado de soluciones alternativas.
- Discutir pros y contras de las posibles soluciones.
- Elegir la mejor solución o combinación de soluciones posibles y reales.
- Planificar como llevar a cabo la solución o la combinación de soluciones elegidas y aplicarla por pasos, según la planificación.
- Revisar la aplicación y los resultados periódicamente un tiempo después.

Estos pasos son aplicados a problemas concretos que exponen las propias familias. En determinadas ocasiones se puede utilizar algunas estrategias, tales como el uso de contratos, buscar un mediador para resolver ciertos conflictos que causen un grado de ansiedad patológico y buscar actividades que impidan el exceso de rumiaciones ante lo ocurrido.

Role playing y técnicas de relajación

En algunas ocasiones se puede introducir en algunos grupos familiares estas técnicas para facilitar y mejorar la aplicación de lo aprendido en el grupo psicoeducativo. La técnica del role playing resulta

particularmente interesante en aquellos casos en que exista alguna dificultad, duda o inseguridad por parte de los implicados en la aplicación directa de lo aprendido. Consiste en escenificar la situación como paso previo a la aplicación en la vida cotidiana. De este modo se pueden prevenir errores y corregirlos de un modo más interactivo.

Las técnicas de relajación pueden utilizarse para mejorar el aprendizaje afrontando con mayor eficacia determinadas situaciones. Permiten disminuir el nivel de ansiedad que puede experimentarse ante ciertas situaciones conflictivas, facilitando y reforzando la aplicación de lo aprendido.

Grupo de ayuda mutua

En este caso, el grupo de familiares se reúne para compartir sus propias experiencias, expresar sus emociones y su estado de ánimo compartiéndolo con todos los demás. Esta dinámica genera una sensación de red de apoyo y de identificación que lo que le ocurre a ellos también les pasa a otros familiares allí presentes. La intervención del terapeuta en este caso pasa a un segundo lugar y el protagonismo del discurso lo tienen los familiares. El terapeuta en este caso interviene para asegurar que participen todo aquellos que así lo desean, evitar la extensión excesiva en el discurso de algún familiar con alta emoción expresada, es decir, ir delimitando sutilmente el tiempo de participación de cada uno.

CONCLUSIONES

Para conseguir que los pacientes con esquizofrenia de nuestros recursos y sus familiares de referencia puedan obtener el mayor beneficio derivado de las intervenciones familiares es necesario conocer y tener en cuenta la emoción expresada familiar y todos los factores asociados en este proceso. Es una situación de máxima dificultad para los familiares hacer frente a un diagnóstico de trastorno mental con carácter crónico que priva al individuo de su autonomía y estabilidad. Se generan sentimientos de impotencia y frustración que puede desencadenar en una alta emoción expresada que a su vez agrava el cuadro de manera bidireccional generando mayor culpa, cansancio y angustia. La labor de la familia del paciente

diagnosticado de trastorno mental es muy difícil, a todas las emociones descritas anteriormente se suma el desconocimiento de la enfermedad, lo complejo de sus síntomas, las repercusiones en la vida diaria del paciente y en la convivencia familiar. Genera el dolor que produce el duelo de la "pérdida" del familiar tal y como lo conocían previamente, la vergüenza, el estigma, el miedo, el rechazo, y los sentimientos de culpa. A menudo la presentación del trastorno ocurre de manera rápida y violenta, obligándoles a adoptar una respuesta inmediata con la idea muy arraigada de ser responsables de su buena evolución. En muchos de los casos, los propios familiares también han tenido que afrontar a su vez los factores estresantes y de vulnerabilidad que han contribuido al inicio de la enfermedad en su familiar, tales como una red social poco estructurada, alteraciones psicopatológicas sutiles o francas, una cognición social deficiente, vulnerabilidad al estrés, mayores dificultades para solucionar los problemas de forma eficaz, estilos de comunicación poco adecuados, hábitos de vida no saludables, violencia intrafamiliar, etc.

Realizar modelo de atención integral y comunitario en la esquizofrenia supone sin lugar a dudas adoptar el compromiso de trabajar estrechamente con la familia del paciente, proporcionándole las herramientas suficientes para afrontar la enfermedad de forma digna y los espacios pertinentes donde encontrar el apoyo emocional necesario.

Trabajar con las familias muestra unos sólidos beneficios, específicamente en la reducción de recaídas del paciente. A su vez mejora aspectos como la emoción expresada, la disminución de la vivencia subjetiva de la carga del cuidador y la amplitud de la red social así como la sensación de apoyo profesional para poder afrontar la compleja situación. Para considerar un éxito terapéutico debemos tener en cuenta no solo la mejoría objetiva y subjetiva del paciente sino de todo el núcleo familiar que ha participado en el proceso.

BIBLIOGRAFÍA

Bentsen, H.; Munkvold, O. G.; Notland, T. H.; Boye, B.; Oskarsson, K. H.; Uren G.; Malt, U. F. (1998). Relatives' emotional warmth towards patients with

schizophrenia or related psychoses: Demographic and clinical predictors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 86–92.

Brown, G. W.; Rutter, M. (1966). The measurement of family activities and relationships: a methodological study. *Human Relations*, 19, 241-263.

Brown, G. W.; Birley, L & Wing J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137.

Falloon, I.R.H.; Boyd, J.L.; McGill, C.W.; Ranzani, J.; Moss, H.B.; schizophrenia: A controlled study. *New England Journal of Medicine*, 306:1437-1440, 1982.

Girón, M.; Gómez-Beneyto, M. (1998). Relationship between empathic family attitude and relapse in schizophrenia. A two year follow-up prospective study. *Schizophrenia bulletin*, 24 (4): 619-627.

Leff, J; Kuipers, L.; Berkowitz, R; y Sturgeon, D. (1982). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatric*, 141:121-134.

Leff J., & Vaughn C. (1985). *Expressed emotion in families*. New York, NY: Guilford.

Anderson, C.; Reiss, D.; Hogarty, G. (1986). *Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu ediciones.

Liberman R. *Psychiatric Rehabilitation of chronic mental patients*. (1988). American Psychiatric Press. 1400 K Street NW. Washington DC 20005.

Schene, A.H; Wijngaarden, B.V.; y Koeter, M.W.J. (1998). Family caregiving in schizophrenia domains and distress. *Schizophrenia bulletin*, 24(4):609-618.

Wuerker, A.K.; Haas, G.L.; Y Bellack, A.S. (1999). Racial and gender differences in expressed emotion and interpersonal control in families of persons with schizophrenia. *Family process*, 38(4):477-496.

Zubin, J.; Spring, B. (1977) *Vulnerability: A new view of schizophrenia*.

Journal of Abnormal Psychology, Vol 86(2):103-126.

¿PUEDEN HABER SIDO LAS NEUROCIENCIAS UN "APETITO FAÚSTICO"¹ PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES?

MAY HAVE BEEN THE NEUROSCIENCES BEEN A "FAUSTIC HUNGER" FOR INVESTIGATION AND ADDICTIONS' TREATMENT?

Antonio Jesús Molina Fernández

Licenciado en Psicología (Universidad de Granada). Director de centro y coordinador terapéutico. Asociación Dianova España. Profesor de la Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN

Los estudios del problema social "adicciones" se han caracterizado en los últimos años por un predominio de los modelos médicos y la ausencia de los modelos sociales de investigación. Fundamentalmente, en los programas de prevención y en los centros de intervención se recopilan datos epidemiológicos, sobre todo de consumo de sustancias, sin hacer mención a otras conductas adictivas y sus reflejos grupales y culturales. El impacto sobre los estudios antropológicos y de estructura social ha sido especialmente significativo. La repercusión sobre los modelos de intervención y la participación de las familias en los programas de rehabilitación ha sido relevante.

PALABRAS CLAVE

Adicción, familia como estructura social, investigación cuantitativa y cualitativa, cultura popular, identidad social, impacto social.

ABSTRACT

Studies about social problem "addiction" have been defined last years by the dominance of medical models and absence of research social models. Fundamentally, in prevention programs and intervention centers epidemiological data are collected, especially about substances use/abuse, without mentioning to other addictive behaviours and their group and cultural relevancies. The impact over anthropological and social structure studies have been specially significate. Influence over intervention models and implication of families in rehabilitation programs have been also relevant.

^{1*} Un pacto con el diablo, trato con el diablo, o pacto fáustico, es un referente cultural muy extendido de la civilización occidental. En el mismo hay una presencia importante del demonio, manifestada sobre todo en la leyenda de Fausto y la figura de Mefistóteles, pero común a todo el folclore cristiano. El significado de la expresión "pacto con el diablo" se ha expandido hasta incluir intercambios que no tienen relación con el demonio pero implican perseguir una meta (como la venganza) por medios considerados malignos (por ejemplo, el asesinato).

KEYWORDS

Addiction, family as social structure, quantitative, qualitative analysis, popular culture, social identity, social impact.

“Al vértigo me abandono, al más amargo de los goces, al odio amoroso, al enojo avivador. Mi corazón curado ya del afán de saber no debe cerrarse de hoy más al dolor alguno, y lo que está repartido entre la humanidad entera quiero yo experimentarlo en lo íntimo de mi ser; quiero abarcar con mi espíritu lo más alto y lo más bajo, acumular en mi pecho el bien y el mal de ella, extendiendo así mi propio ser al suyo, y como ella misma, estrellándome también al fin.”

(J.W. Goethe)

“Una toxicomanía clásica era el resultado de un encuentro de un sujeto y una droga. Había pues, en primer lugar elección de tal droga como consecuencia de un hallazgo fortuito o de un propósito deliberado, y después unión entre sujeto y la droga elegida, como un verdadero matrimonio, que llevaba consigo la fidelidad del drogadicto y evolucionaba del encanto de los primeros días a la amargura de los últimos, pasando por muchas crisis, separaciones y retornos de pasión. Todos estos dramas se desarrollaban en familia y se tenía mucho cuidado, como en los matrimonios más burgueses de que nada trascendiese al exterior. Ahora bien, la fidelidad tradicional del toxicómano a su droga ya no existe porque se añade un problema nuevo, el de la asociación de varias drogas. En la búsqueda permanente de nuevas sensaciones y de experiencias diferentes, se realizan las asociaciones menos previsibles y los combinados más temerarios” (Velasco, 2008: 17).

1. LAS DROGODEPENDENCIAS CONVENCIONALES Y LOS ANÁLISIS DESDE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

En los últimos quince años hemos hablado muchísimo sobre cómo afectan las drogas la neurotransmisión y como altera la función cerebral a largo plazo. Se ha debatido ampliamente sobre si esos daños son estructurales o funcionales, permanentes o recuperables, en zonas o en circuitos, fundamentalmente sobre un neurotransmisor o sobre diferentes... Mientras tanto, las principales drogas consumidas en el mundo siguen siendo el alcohol, el tabaco, el cannabis, los psicofármacos, la cocaína, los derivados anfetamínicos, los opiáceos (UNODC, 2015). Lo que sí detectamos son diferencias en los usos sociales y culturales de dichas drogas, además de diferencias en las causas y consecuencias de su consumo. A estas diferencias culturales y sociales se le añaden las diferencias en el acceso a las drogas, la pureza, la disponibilidad del tóxico... Los informes indican un elevado consumo de sustancias legales como drogas de abuso, especialmente alcohol y psicofármacos (ESTUDES, 2013; EDADES, 2015). Pero la cuestión no está en el uso en población general o en la fiabilidad de estos estudios poblacionales, sino en los motivos por los que unas personas desarrollan un fenómeno adictivo y otras no lo presentan.

Tengamos en cuenta que no necesariamente las drogas ilegales son las más adictivas, a pesar de que cada cierto tiempo se presenta alguna sustancia ilegal como “la más...”. Tenemos que reconocer los enormes riesgos epidemiológicos que conllevan (infecciones como VIH o hepatitis C, alteraciones orgánicas como hipertensión o diabetes, comorbilidad psiquiátrica...), pero que en muchas ocasiones no son diferentes ni conllevan mayor riesgo sanitario ni gasto económico en salud pública que el consumo de sustancias legales.

La influencia de los estudios genéticos y/o neurocientífico sobre los programas de rehabilitación ha sido, siendo generosos, reducido. En muchos casos, ha sido inexistente. Para la mayor

parte de la población afectada no ha habido modificación del tratamiento en los últimos diez años. Sobre los estudios genéticos, debo realizar una apreciación muy severa: a pesar de los comentarios, las publicaciones, las declaraciones y las enormes inversiones realizadas, no hay ni un solo estudio que pueda demostrar la prevalencia de los factores genéticos en la aparición de los problemas adictivos sobre otros factores como los ambientales. Como mucho, nos encontramos correlaciones entre factores (a veces presentadas como “causa-efecto”). Como cualquier investigador realizando su tesis doctoral debe saber, para evitar reduccionismos “causa-consecuencia” al presentar resultados de correlación, tenemos que indicar la mayor cantidad posible de variables mediadoras y moduladoras, que pueden influir en dicha correlación, además de indicar los índices aproximados de influencia de dichas variables. La correlación indica probabilidad, no necesariamente la obligatoriedad del hecho tras la presencia del factor supuestamente predisponente. A pesar de esto, es habitual encontrarnos con publicaciones sobre “el gen de la adicción”, “la vacuna de la sustancia X”, especialmente hablando sobre opiáceos. Nada sobre sesgos, normalmente sin indicaciones sobre las limitaciones de los estudios, posibles errores de medida... En realidad, en muchos casos hablamos de estudios que no cumplen criterios de evidencia científica. Como he mencionado antes, cualquier investigador realizando su tesis doctoral debe indicar estos factores para completar su trabajo. Pero no fue hasta el año 2015, en sendas metaevaluaciones realizadas por el equipo del profesor Hall en Australia (Hall, 2015), replicado por Eduardo Pedrero, en una revisión realizada en España (Pedrero, 2015) que no mostraron las contradicciones entre los modelos basados en evidencia científica que no cumplen criterios de evidencia científica. Y a pesar de esto, cada cierto tiempo nos encontramos con un artículo de estas características que no ofrece dudas ni discusión sobre sus resultados. Sobre todo, cuando hablamos de las neurociencias y su influencia en los programas de intervención con personas que presentan problemas de adicciones, tenemos que reconocer que no ha habido correlación directa entre los

descubrimientos de los investigadores sobre el impacto de las drogas en el cerebro y la evolución de los programas de tratamiento aplicado a estos grupos poblacionales. Han existido diferentes motivos para esta situación:

- Por una parte, ha existido y existe un total desconocimiento por parte de los investigadores sobre conceptos relacionados con la práctica clínica, sobre la realidad de los centros de tratamiento, sus equipos de intervención, los programas que se aplican y la metodología de abordaje de los problemas de adicciones;
- Por otra parte, ha existido y existe un principio acomodaticio en los profesionales de la práctica clínica, que ha conducido al estancamiento y la ineficacia en muchos de estos dispositivos, especialmente grave ante la ausencia de datos de eficiencia y evaluaciones por criterios de los programas.

Por desgracia, estas diferencias enormes demuestran la inexistencia de grupos de investigación aplicada y programas de transferencia de conocimiento desde el laboratorio a la práctica clínica y viceversa.

Acerca de las consecuencias del reduccionismo biologicista en la intervención, sobre todo se ha visto reducida a una metodología fundamentalmente biomédica, básicamente desde la Psiquiatría y la Psicología Clínica. En realidad, tiene que ver con la propia definición de la adicción como “enfermedad crónica cerebral” (NIDA, 1997): si el problema es la alteración cerebral, la solución más sencilla es detectar el daño cerebral y buscar el fármaco que compense esta alteración. Lo que a veces no se contempla es que los fármacos que se utilizan para recuperar el cerebro pueden alterar las funciones tanto como las propias sustancias. Y otra cosa que a veces no tenemos en cuenta es que el factor que permite la recuperación es la abstinencia y no el uso de fármacos. Por ejemplo, un estudio realizado por Francisco Javier del Río (Del Río, 2015) mostró la correlación entre uso de drogas, alteraciones del estado de ánimo, problemas de ansiedad y desarrollo intelectual.

Y, utilizando los anteriormente mencionados factores de correlación para mostrar la influencia de los factores, solo la abstinencia presentaba correlación significativa con la recuperación de funciones y estabilidad cerebral.

“Imagine we ask a group of people to stop doing what makes them happy, important, empowered. Suppose also asked them to stop walking with their feet and learn to do with their hands. Suppose also that we ask you to learn to do it quickly and without claims, comments, complaint or present problems. That’s exactly what we ask to addicts when they arrive to treatment”.

Algo que no ha ayudado la investigación, básica y neurocientífica, ha sido a determinar los perfiles de las personas atendidas en los programas de tratamiento de drogas, así como a mejorar la prevención. Se suponía que la investigación neuropsicológica iba a crear un conjunto de programas de rehabilitación cognitiva y talleres de entrenamiento emocional, dentro de los cuales se iba a integrar a los diferentes perfiles de personas atendidas, y, en algunos casos, apoyo psicológico (porque no en todos los casos se puede considerar a los que se hace en los centros tratamiento). No hay, de manera generalizada, programas de rehabilitación neurocognitiva o de entrenamiento emocional, ya sean con terapias tradicionales o programas basados en terapias de Tercera Generación. En realidad, el factor que determina la integración en un programa o en otro es, fundamentalmente, la sustancia principal. De esta manera, perdemos una enorme cantidad de información sobre las diferentes características personales y sociales que determinan la adicción de la persona, reduciendo este problema a una alteración generalizada en la inhibición y la recaptación de la serotonina y la dopamina, en una suerte de “café para todos” de eficacia discutible.

2. LA DEFINICIÓN DE “ADICCIÓN” Y SUS IMPLICACIONES PARA LA INTERVENCIÓN

Tras varios intentos de encontrar una definición operativa que permitiera determinar con claridad de qué hablamos cuando hablamos de conducta adictiva (y no únicamente del consumo de sustancias), en el año 1997 el NIDA hizo la siguiente definición:

“La adicción se define como una enfermedad crónica del cerebro con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias nocivas. Estos cambios pueden durar largo tiempo y llevar a los comportamientos peligrosos que se ven en las personas que abusan de las drogas.” (NIDA).

La definición se ha mantenido intacta hasta la presentación del DSM-V “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” (en inglés, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, abreviado DSM), editado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. El NIDA aprovechó la publicación de dicho manual para actualizar la definición de consumo problemático de sustancias y otras conductas adictivas:

“The new DSM describes a problematic pattern of use of an intoxicating substance leading to clinically significant impairment or distress, as manifested by at least two of the following, occurring within a 12-month period:

- 1. The substance is often taken in larger amounts or over a longer period than was intended.*
- 2. There is a persistent desire or unsuccessful effort to cut down or control use of the substance.*

3. *A great deal of time is spent in activities necessary to obtain the substance, use the substance, or recover from its effects.*
4. *Craving, or a strong desire or urge to use the substance.*
5. *Recurrent use of the substance resulting in a failure to fulfill major role obligations at work, school, or home.*
6. *Continued use of the substance despite having persistent or recurrent social or interpersonal problems caused or exacerbated by the effects of its use.*
7. *Important social, occupational, or recreational activities are given up or reduced because of use of the substance.*
8. *Recurrent use of the substance in situations in which it is physically hazardous.*
9. *Use of the substance is continued despite knowledge of having a persistent or recurrent physical or psychological problem that is likely to have been caused or exacerbated by the substance.*
10. *Tolerance, as defined by either of the following:*
 - a) *A need for markedly increased amounts of the substance to achieve intoxication or desired effect.*
 - b) *A markedly diminished effect with continued use of the same amount of the substance.*
11. *Withdrawal, as manifested by either of the following:*
 - a) *The characteristic withdrawal syndrome for that substance (as specified in the DSM-5 for each substance).*
 - b) *The substance (or a closely related substance) is taken to relieve or avoid withdrawal symptoms.” (NIDA, 2015).*

Las interacciones sobre el uso de drogas nos muestran los diferentes efectos que el uso de drogas puede tener. Las personas usan drogas porque buscan efectos específicos e inmediatos. Quieren sentir energía, emociones, alterar estados de su mente...Este tipo de efectos, que desde el punto de vista cerebral se relacionan fundamentalmente con el Sistema mesolímbico y el circuito de la dopamina, tienen consecuencias en las pautas de comportamiento de las personas, pautas que se ven reforzadas por estas interacciones. Este tipo de relación entre estímulo y conducta, como cualquier otro refuerzo comportamental, se ve influido por la contigüidad y la contingencia entre ambos fenómenos. Cuanto más fuerte sea el vínculo entre ambos, más probabilidades de repetir la conducta existe. Si condicionamos que las drogas generan una respuesta positiva, se crea una expectativa automática de respuesta positiva. Las personas que desarrollan la adicción pueden volver a tener este tipo de expectativas positivas después de años de abstinencia, pudiendo ser motivo de recaída. Dentro de esta explicación tenemos que incluir la Teoría del Marcador Somático y el Cerebro Moral (Damasio, 1994 & Volkow, 2000). En España ha habido diferentes estudios sobre modulación emocional, uso de drogas, recaídas, (Aguilar de Arcos & Pérez García, 2003) así como neurobiología de consumidores de drogas (Verdejo, Pérez García et als, 2007). Las investigaciones que se han realizado tomando como base la Teoría del Marcador Somático de Damasio y su adaptación a los fenómenos adictivos (Volkow, 2000) especialmente los estudios centrados en la neurobiología de la cocaína y el control ejecutivo (Verdejo, Pérez García et als, 2007) han mostrado un “cerebro moral” alterado por las conductas adictivas (no tan solo por el uso de drogas) y su impacto en la toma de decisiones (Volkow, 2006; Carmona-Perera, 2012), control emocional, alteraciones en la expresión afectiva, déficits en el control de los impulsos, utilitarismo en las decisiones morales...

El concepto “moralidad” es esencial en el comportamiento humano, especialmente para comprender las convenciones y normas sociales, tanto al hablar de los valores más elevados como

para comprender la violencia y la agresividad. Los juicios morales participan en varios mecanismos fundamentales para la organización de la conducta social. Utilizando la definición de Young, un grupo social es “un colectivo que se diferencia de otros colectivos por sus aspectos culturales, sus estilos de vida, sus costumbres y sus usos” (Young, 1990). “Identidad social” (Jenkins, 1996) se compone de una identidad nominal y una identidad real. Ser un “adicto” o un “drogodependiente” puede no ser aceptado por la persona que recibe esta etiqueta, entrando incluso en conflictos de valores o debates morales.

“It is me who decides whether to have a friend, study or no study, to control my temperament or get away my anger, to be honest or lie, it is me who choose what to do with leisure time and who I choose how to behave with friends and friends, teachers, parents, society. So, life itself is a risk for each person.”

Por tanto, para hablar y entender las adicciones, tenemos que hablar de “cerebro moral” y de “emociones sociales”, tal y como hace la doctora Nora Volkow, directora del NIDA, en sus charlas y conferencias. Pero tendremos que eliminar este matiz reduccionista de enfocarlo desde la neuroquímica y la neurobiología y añadir un componente de estructura social, normas culturales, interacción entre individuos... para entender el comportamiento humano. A partir de aquí, hablaremos sobre emociones, pasiones, necesidades, familia como estructura social... para comprender qué funciona y qué no funciona en el estudio e intervención sobre problemas adictivos.

3. SOBRE NECESIDADES, PASIONES Y ADICCIONES. LAS ENSEÑANZAS DE JON ELSTER

“One might also be able to nail down the distinction between anger and indignation if it could be shown that these emotions activate different centers in the brain. The neurophysiology

of addiction will certainly continue to enhance our understanding of this puzzling, self-destructive behavior” Jon Elster.

En muchas ocasiones las personas con problemas de adicciones explican cómo su listado de necesidades (utilizando la definición “necesidad” tal y como está explicada dentro de la pirámide de Maslow) se ha visto alterado tras el consumo. Como escribe Elster: “La necesidad de droga que tiene el adicto es tan potente que hará cualquier cosa por conseguirla. Si esta idea fuese correcta, la demanda de droga no debería ser tan elástica respecto de su precio. Sin embargo, los datos muestran que los consumidores son bastante sensibles a los cambios de precio”. Desde la perspectiva política y económica del “embedded” o empotramiento de Polanyi, esta necesidad determina gran parte de las actitudes y decisiones de las personas. Dentro de los tratamientos habituales para las drogodependencias y las adicciones no suele ser habitual hablar de estos términos, mucho menos incluirlos dentro de los factores de intervención.

La identificación de Elster dentro del individualismo metodológico, y su enfoque acerca del consumo de drogas como una decisión personal, coloca la noción de la adicción como un fenómeno “integral” que necesitaría de un modelo no reduccionista de explicación: “La emoción y la adicción forman parte de un circuito mental que discurre desde los impulsos claramente viscerales (como el hambre, la sed y el deseo sexual) hasta la adopción serena y racional de decisiones”. Así, las motivaciones viscerales y fisiológicas se verían relacionadas con aspectos cognitivos y culturales, permitiendo diferentes estudios y análisis tanto etnológicos como psicológicos. En el libro “Sobre las pasiones” Elster elabora una interrelación entre los tres enfoques explicativos de la conducta: la neurobiología, el análisis cultural y la teoría de la elección. Sobre esos enfoques se organizan análisis paralelos de los fenómenos de la emoción y la adicción para definir sus características comunes y sus diferencias. La relación entre los aspectos cognitivos, las elecciones y la racionalidad por un lado y, por el otro, los aspectos fisioló-

gicos que correlacionan con la ansiedad y las alteraciones en el estado de ánimo sirven a Elster para estudiar el comportamiento humano, evitando una postura reduccionista conductista, desde la complejidad que le añaden todos estos factores y su correlación en el cortejo comportamental de las personas. Todo lo que sea ir más allá de los tradicionales conceptos de condicionamiento, aprendizaje, memoria, atención, percepción, sensación, nos permite conocer en profundidad la maravillosa dificultad de entender la (en ocasiones incomprensible) respuesta humana, además de ir complementando las explicaciones de fenómenos complejos, como la adicción, por ejemplo.

En “Alquimias de la mente” (1999) Elster utilizaba la Teoría de Juegos para explicar los mecanismos implicados en la toma de decisiones, poniendo alguno ejemplos extraídos de “La Odisea” o de la fábula de la zorra y las uvas de Samaniego, que ya daba nombre a otro libro (“Sour grapes”). Con estos ejemplos pretendía demostrar la necesidad de incluir, en aquellas ocasiones en las que las leyes no son útiles, explicaciones causales procedentes de la cultura y la sabiduría popular que nos permitan entender en qué circunstancias una decisión en los límites de la racionalidad ha sido tomada por una persona. La decisión de empezar a fumar es una decisión irracional e irresponsable, aunque individualmente libre y legítima, ya que se desconocen las posibles consecuencias reales de dicha decisión; la decisión de dejar de fumar es una decisión responsable y racional, ya que se conocen dichas consecuencias, aunque puede no ser libre ni estar motivada por una iniciativa propia.

El manejo por parte de Elster de los elementos procedentes de la cultura popular para las explicaciones de sus mecanismos puede resultar chocante en muchas ocasiones. En realidad, es un mérito de su obra el ser capaz de alejar el “estudio de los sentimientos” del laboratorio de neurociencia lo suficiente como para acercarlo a los más diversos contextos: allí donde haya emoción, habrá un ejemplo de mecanismo. Aquí es donde entra una de las influencias reconocidas de Elster: donde Montaigne hablaba del alma humana, Elster profundiza sobre los sentimientos de las

personas con la honestidad, recurriendo a fábulas, proverbios, novelas, neuropsicología, fisiología de la conducta...llegando desde lo más abstracto a lo más concreto, en un estilo que combina la filosofía de la ciencia con la imaginación, aceptando la crítica de “dispersión intelectual” recibida desde el racionalismo más tradicional. Su enfoque multidisciplinar en la búsqueda de mecanismos que expliquen la adicción y su relación con las emociones humanas le obliga a colaborar con todo tipo de profesionales: economistas, psicólogos, sociobiólogos, neurólogos, psiquiatras y filósofos. De esa manera, integrando todos los conocimientos posibles sobre el fenómeno, su enfoque multidisciplinar permite un modelo interdisciplinar de explicación y posterior aplicación práctica. No es un proceso diferente del que llevan a cabo otros investigadores como Antonio Damasio cuando explican que “El alma está en el cerebro” utilizando neurociencia y filosofía de las religiones. En este proceso integrador se complementa la visión del fenómeno de las adicciones con otros componentes, no solo emociones: valores, creencias, motivaciones, expectativas, recompensas, normas, límites, responsabilidades, sistemas sociales, elementos culturales, toma de decisiones... La explicación más completa sobre todos estos aspectos la encontramos en “Sobre las pasiones: Emociones, adicción y conducta humana”, donde Elster define en cada capítulo aspectos como «Elección, emoción y adicción», «La elección de convertirse en un adicto», «La adicción y el autocontrol», utilizando un enfoque racionalista que evita la visión causal y las explicaciones reduccionistas que la psiquiatría, la neuropsicología o la fisiología de la conducta podrían darnos por válidas sin reconocer su condición de incompletas.

Elster muestra una mirada etnológica al referir que en todas las culturas existen aspectos de la conducta humana que son semejantes, sin evitar las diferencias que pueda existir entre las diferentes culturas, aceptando las diferentes acepciones que emoción y adicción puede tener en cada cultura. Las creencias también tienen su participación en las investigaciones de Elster, especialmente la manera en que la creencia de disponer de droga

activa la ansiedad de la persona hasta un punto similar al consumo, el denominado “craving”, que se satisface únicamente con el consumo y que, sin embargo, se extingue en breves momentos cuando no hay sustancia que utilizar. Es un mecanismo tan rápido y tan brutal de respuesta, generando una situación en la que el ansia no se sabe con claridad si es causa o consecuencia de las drogas, que no permite un análisis cognitivo por parte de la persona que lo sufre y que genera una activación fisiológica y emocional desmesurada. Casi como estar colocado. Una situación cercana a la euforia, real o figurada, que se convierte en depresión al no poder ser satisfecha. Estas creencias no tienen que basarse necesariamente en algún hecho o situación real que haya sucedido: basta con que esté relacionada con una tendencia o idea relacionada con la vivencia de la persona para que ésta lo convierta en una razón suficiente para basarse en ella para tomar sus decisiones. La activación emocional relacionada (rabia, odio, ira, frustración, impotencia, soledad, culpabilidad y fracaso posteriores) se pueden convertir en motivos suficientes para justificar una próxima recaída, un nuevo consumo, seguir manteniendo el mecanismo que permita la conducta de usar drogas, ya sea como causa de la activación o como consecuencia de la carga displacentera. Se pueden llegar a buscar conflictos, problemas, discusiones, peleas, que permitan la sostenibilidad del sistema como manera de cubrir las necesidades de la persona con problemas de adicción, aunque esas necesidades puedan llegar a ser mortales, como las drogas.

“La creencia en la fuerza irresistible de las drogas puede ser una excusa conveniente en vez de un diagnóstico causal preciso”.

Elster habla de una “urgencia semejante”, independientemente de sustancia o actividad adictiva. Eso sí, Elster indica que cuando esa urgencia está relacionada con una conducta autodestructiva, el sujeto intentará resistirse a llevar a cabo dicha actividad, intentando evitar la vergüenza de recaer y procurando evitar el riesgo. En estos casos, queda

clara la diferencia entre los humanos adictos y los animales de laboratorio que se convierten en adictos: el ser humano tiene conciencia de su problema, aunque en los inicios del problema la negación de esa evidencia sea un mecanismo habitual de defensa. La capacidad moral de la persona hace que, aunque sea por presión externa en muchas ocasiones, los humanos seamos capaces de reconocer, aunque sigamos haciendo la conducta adictiva. Esa carga emocional, implicada en la situación social, sería la enorme diferencia entre los animales y las personas: el miedo, la frustración, la rabia, el amor, la culpabilidad...son humanos, se relacionan con la conciencia humana, tienen que ver con las relaciones humanas, son características de las personas, aunque sean reflejos de la conducta adictiva.

Elster hace una clasificación en cuatro categorías de los estudios científicos más significativos en el campo de las emociones: El estudio experimental de los sujetos humanos normales; el estudio de pacientes humanos con lesiones cerebrales que conllevan patologías cognitivas, emocionales o conductuales; los estudios experimentales sobre la conducta animal, principalmente de ratas y monos; y los datos obtenidos por la observancia de animales que viven en libertad o en reservas naturales.

Para Elster, los estudios con animales no pueden mostrar resultados concluyentes sobre el repertorio emocional completo de las personas, ya que las emociones humanas se manifiestan por creencias relacionadas con el bagaje cultural y la relación dentro del contexto social en el que las personas nos hemos integrado. También plantea la distinción entre las distintas emociones: encontraríamos las fuertes o profundas, y débiles, así como emociones complejas o simples. Para el autor debemos tener muy en cuenta un importante grupo de emociones denominadas emociones sociales; estas emociones se relacionan con actitudes en el sujeto, que pueden estar vinculadas a acontecimientos o vivencias de su pasado, susceptibles de activar emociones (tanto positivas como negativas) en el presente. Algunas de estas actitudes se convierten en “disposiciones emocionales”, que nos predisponen y dependen

del contexto ambiental en que se desarrollen: en concreto habla del racismo, la homofobia y la misoginia/maltrato a la mujer.

Hay un punto que no podemos dejar de mencionar y son las vinculaciones que se establecen entre la conducta adictiva y determinadas reacciones emocionales de las personas, especialmente aquellas más relacionadas con conducta social y percibidas como displacenteras por el sujeto. A pesar de dejar clara la ausencia de criterios universales en los fenómenos adictivos, debemos considerar con una gran probabilidad la aparición conjunta de estos fenómenos asociados a problemas familiares, de pareja, laborales, con los amigos, con el ocio y el tiempo libre, en el ámbito laboral... Además, estos problemas suelen ir acompañados de explosiones emocionales de rabia y furia contenidas, tanto relacionadas con el ansia y la "necesidad" de saciarla como vinculadas con los medios para conseguir el "objeto de deseo" que satisfaga dicha "necesidad". Estas explosiones, una vez más, no están solo vinculadas a las adicciones químicas, sino que las comportamentales o conductuales también lo manifiestan, al vincularse los estímulos fisiológicos y emocionales con la conducta de consumo o uso comportamental. De hecho, muchos adictos a sustancias químicas reconocen que son los rituales estereotipados de consumo los que les mantienen vinculados con la adicción, siendo en ocasiones un elemento secundario la sustancia de uso. Entran aquí en juego los elementos denominados "ganancias secundarias de la adicción", lo que en los tratamientos de deshabituación se definen como "beneficios que extrae el adicto", recompensas que suponen un refuerzo, real o imaginario, que permite que el sujeto se mantenga conectado con la adicción aun después de muchos años de abstinencia, en un mecanismo que se conoce como "recaída", que comienza cuando la persona con el problema comienza a recuperar hábitos de vida de su pasado con los problemas adictivos y vuelve a mantener comportamientos propios del estilo de vida del adicto, aunque sean elementos tan básicos como horarios, sueño, higiene, alimentación, tareas de la vida cotidiana....

Negar los sentimientos displacenteros empuja a no reconocer que sientes rabia, odio, dolor o rencor dentro de tu corazón. Porque no se puede sentir mal (¿se puede ser más reduccionista que utilizando "mal" o "bien" al hablar de un mundo tan complejo como el plano afectivo?), porque todo tiene que ser divertido, porque no se pueden expresar esos "malos sentimientos", porque no se puede reconocer que existen en tu interior.

El impacto de esas emociones sobre las decisiones es enorme; la urgencia, lo que Elster define como "excitación", se convierte en un mecanismo de activación que impide cualquier pensamiento alternativo, algún comportamiento de evitación. El llamado "craving", el ansia por consumir, impide la aparición de mecanismos de control debido a su inmediatez emocional: se acelera el pulso sin motivo en breves segundos, la idea recurrente del comportamiento o ritual conductual inunda la conciencia, se genera una respuesta fisiológica que es casi idéntica a la producida por el tóxico. El problema es, como dice Elster, que la emoción no es que determine por completo la decisión, sino que modifica el balance de las recompensas que se esperan de esa decisión.

4. EL CEREBRO MORAL Y LA ÉTICA DE LA ADICCIÓN

Hay un debate muy complejo en la obra y es el concepto de "tomar conciencia de la adicción", sobre todo debido a la repercusión y las consecuencias que plantea en el entorno y contexto social inmediato de la persona con el problema de adicción. Desde el punto de vista del adicto, es perfectamente posible el tener esa conciencia del problema y manifestar la incapacidad de dejar la adicción. Es, asimismo, posible el cumplir todos los criterios diagnósticos objetivos para poder ser considerado un adicto y no reconocerlo, o negarlo, o utilizar la ausencia de presión externa para no aceptarlo. Nos encontramos a menudo con este tipo de contradicciones, ya sean la negación de la existencia del problema, de su importancia o la no selección de un problema específico ("Todo, nada,

nunca, siempre” van mal para la persona con este error de pensamiento). Las actitudes propias de la persona con un problema de adicción, en este caso, son la deshonestidad, la manipulación y la prepotencia del que no necesita la opinión de los otros, que siempre lleva la razón y si no la puede llevar se fabrica una razón alternativa. En los tratamientos psicoterapéuticos para personas con problemas de adicción se trabaja mucho sobre estos aspectos, en dos sentidos diferentes: para conseguir generar una “autoconciencia” que permita el desarrollo de una motivación propia (“sé que tengo que cambiar, aunque no sepa cómo”) y para conseguir desarrollar una “moral de la responsabilidad” en el adicto. Como dice Adela Cortina:

“Cuando llegamos a afirmar que somos nosotros quienes construimos el mundo a nuestro sabor, desde nuestras ideas, sin necesidad siquiera de hacer pie en la realidad, hemos convertido el idealismo sano en un idealismo patológico. Y como sucede que todo conocimiento viene movido por un interés, (Scheler, Apel o Habermas), las más de las veces este idealismo enfermo está manipulado desde intereses individuales o grupales: interesa creer que somos nosotros quienes construimos la realidad porque así podemos manipularla a nuestro gusto. Los planteamientos éticos que parten de la psicología de cada individuo y tratan de llegar a partir de ella a la conveniencia para cada uno de aceptar determinadas propuestas morales carecen de realismo, porque no existen individuos abstractos, independientes de los pueblos, las culturas y las épocas. Cada uno de nosotros es hijo de su tiempo y de su lugar, sencillamente porque devenimos personas a través de un proceso de socialización, en el que recibimos el legado de tradiciones de nuestra sociedad concreta. Desde esta perspectiva se abre paso lo que llamaríamos una «moral de la responsabilidad», entendida ahora no tanto en sentido weberiano como contraposición a la moral de la convicción, sino como contrapartida de la «moral de la irresponsabilidad». Porque el que intenta eludir la realidad y no responder de ella, como si no presentara sus exigencias ni tuviera relación con él, practica una moral de la irresponsabilidad, que a la larga acaba pagándose. Lamentablemente, no siempre es el

irresponsable quien paga las malas consecuencias, sino otros más débiles que él. No es extraño, en este orden de cosas, que Ignacio Ellacuría hiciera suya esa moral de la responsabilidad –dejarse afectar por la realidad, hacerse cargo de ella y responder de ella–, hasta el punto de introducir en el Plan de Estudios de la Universidad Centroamericana «José Simeón Cañas» una asignatura llamada «Realidad Nacional». Ni resulta extraño tampoco que el filósofo Hans Jonas propusiera hacer bien poco sustituir el «Principio Esperanza» del marxista utópico Ernst Bloch por un «Principio Responsabilidad»” (Cortina, 1996).

5. EL PAPEL DE LA FAMILIA EN LA INTERPRETACIÓN DE LAS ADICCIONES

“Como propuesta de investigación y profundización resulta destacable que aún no se ha podido concluir que los factores genéticos influyan de forma determinante en el consumo y que la familia y redes sociales pueden actuar tanto como protectores como de riesgo en la dependencia. Los aspectos microsociales actúan como la estructura social primaria de los adolescentes, en positivo y en negativo. Por ejemplo, es dentro del sistema familiar donde el joven aprende y madura sus valores, sentimientos, actitudes, comportamientos, especialmente al contrastarlo con las estructuras sociales complementarias como el grupo de amigos y el contexto escolar” (Molina-Fernández, 2015).

Desde una postura funcionalista y utilitarista, similar a la descrita al hablar sobre los “juicios morales”, el consumo de tóxicos facilita la permanencia de este sistema emocional dentro de la estructura social de referencia, normalmente la familia (especialmente la familia de origen) percibida como estructura social primaria. Los análisis realizados desde la Terapia Familiar Sistémica y el análisis Transaccional señalan el juego de roles que se crea dentro de un sistema familiar afectado por un problema de tóxicos. En realidad, en muchas ocasiones no podemos determinar si la adicción es causa o consecuencia

del sistema: la relación entre malos tratos, abusos sexuales, traumas en la infancia... y trastornos adictivos en la edad adulta ha sido estudiada por varios autores (recomiendo consultar a Cantón Duarte en España y Jorge Sánchez Mejorada en Latinoamérica); la aparición de roles representativos de este sistema se convierte en una correlación con los trastornos: Padres Ausentes de sus responsabilidades como progenitor, Madres Sobreprotectoras dispuestas a encubrir a sus hijos y perdonarle cualquier cosa (incluyendo robos, malos tratos y agresiones...), sistemas completos que giran en torno al Hijo Enfermo y en los que la comunicación y empatía aparece solo en las recaídas...

Todo este entramado se teje, no utilizando el raciocinio como hilo, sino los sentimientos, vínculos y la afectividad asociada al sistema, intoxicado pero fuerte dentro de la red familiar. Esta estructura se sostiene gracias a la adicción, porque todos los implicados conocen su rol dentro de la adicción, mucho más cómodo y sencillo de aceptar que un papel social alternativo. El Funcional-Estructuralismo aplicado a los problemas adictivos. Por una parte, un individuo que reflexiona sobre lo que hace y lo reconoce como un problema; por otra parte, un entramado de creencias, desconfianza, relaciones, apoyos corrompidos, apegos inseguros y refuerzos intermitentes que giran alrededor de la adicción y que convierten a los agentes implicados en espectadores pasivos a la espera de una nueva recaída, un nuevo tropezón. En el caso del consumo de una sustancia sabemos que son adictivas y tenemos la capacidad de elegir usarlas o no, cuando esa capacidad se pierde, es cuando se ha comenzado el proceso adictivo, y entonces nos volvemos incapaces de resistir, debido al pensamiento constante que tiene el adicto de realizar la acción que desvanezca sus ansias.

6. EL CAMINO DE LA RECUPERACIÓN

“Recovery”/Recuperación es un concepto que ha resultado adecuado para entender los tratamientos de adicciones en un contexto de reha-

bilitación. La elección de consumir drogas se ve influida por diversos factores de riesgo y factores de protección que influyen en estas decisiones. Hay muchas razones por las que las personas incrementan o reducen sus consumos de drogas, que van mucho más allá del mero tóxico. Además, es posible mantener estándares de sobriedad en las personas que han tenido un problema de adicción a tóxicos por diferentes motivos, ya sean externos o internos. El problema suele ser en estos casos el ciclo de recaída y la posterior repercusión en la salud y el estilo de vida de la persona afectada.

Una amplia perspectiva acerca de la recuperación del consumo de drogas y las conductas adictivas debería incluir diferentes perspectivas y técnicas: Medicina (Epidemiología, Psiquiatría...), Psicología (Clínica y Social), Ciencias Sociales como la Geografía Humana, Sociología, Antropología, Estructura Social, Economía, Política...). Se puede incluir una explicación del fenómeno adictivo como una “ciencia de la conducta humana”, con todas las anteriormente mencionadas disciplinas incluidas. También podemos entrar en debates sobre filosofía de la adicción, psicoterapia, vinculación terapéutica...

“Ever tried. Ever failed. No matter. Try Again. Fail again. Fail better.” Samuel Beckett.

En el contexto de uso de drogas y alcohol, la intervención temprana está altamente recomendada para prevenir el desarrollo de los problemas, así como para identificar las personas que necesitan el tratamiento y el grado de necesidad existente. Se trata de desarrollar procesos de evaluación, intervenciones breves y estructuradas, tratamientos contrastados... Las diferentes posibilidades de intervención temprana pueden suceder en diferentes momentos del proceso de adicción de cada persona. La naturaleza de la intervención puede variar, dependiendo del momento y la motivación de cada usuario. Normalmente, la intervención temprana es más eficaz para personas que presentan problemas moderados en relación a las conductas adictivas, evaluados mediante

instrumentos estandarizados (como el AUDIT o el ASI). Para personas con dependencia severa, suele ser más eficaz realizar un programa de farmacoterapia y deshabituación. Para personas que han presentado fracasos reiterados en este tipo de programas, una opción válida es recurrir a programas de reducción del daño.

En cualquier caso, para incrementar la eficacia de estos programas debemos utilizar estrategias a largo plazo con equipos multidisciplinares de intervención, incluyendo en estos programas entrenamiento en la adquisición y mantenimiento de habilidades y competencias; capacidad de manejo de placer y predisposiciones; control de impulsos; factores de personalidad; toma de decisiones y resolución de conflictos; modulación emocional y autorregulación; así como habilidad para tener una comunicación emocional efectiva (Hosen et al, 2003: 500).

Es mucho más complicado evaluar cuestiones como "sabiduría", "valores", "buena conducta", "perdón", "coraje"... (Luthans et al, 2007: 544). Pero también es importante mencionar que suelen estar incluidos en los programas de recuperación de personas con problemas de adicción.

"Enfrentarse, siempre enfrentarse, es el modo de resolver el problema. ¡Enfrentarse a él!". (Joseph Conrad)

7. CONCLUSIONES

A pesar de la evolución de las investigaciones sobre el cerebro adicto y la etología de la drogopendencias, sigue existiendo una enorme relevancia de los métodos de tratamiento tradicionales en contraste con el pequeño grupo de consumidores de drogas que hoy día responden a los perfiles por los que se crearon este tipo de tratamientos, especialmente los adictos a los opiáceos y policonsumidores de heroína mezclada con cocaína. En un estudio de 2012, replicado en años posteriores, los autores se refirieron a esta "identidad social" de consumidor de drogas dentro del imaginario

colectivo español (Bonet, Del Rio, Molina y Rueda, 2014). Para los autores, "it's necessary to focus on a comprehensive treatment model capable of diversifying its responses, while considering a great individualization in treatment through work plans that are more adapted to each person. So, they are necessary different programs in intervention (including "TC based programs"), because differences between profiles exist, especially in epidemiological and social factors. We consider also as necessary an adaptation of treatments, especially in Gender topics." (Bonet, Del Rio, Molina y Rueda, 2014).

Existe también una necesidad de implementar programas de rehabilitación cognitiva y emocional para las personas con adicciones, teniendo en cuenta el grado de severidad que presentan estas personas en su trastorno. Para ello, es muy importante la creación de programas de transferencia del conocimiento, que vayan del laboratorio a los centros de intervención. Y, por desgracia, habría que volver a invertir en investigación para poder actualizar todos los conocimientos a las realidades actuales. Investigar no solo en Genética y Neuropsicología, sino también en Psicología Social, Economía Aplicada, Antropología... A ser posible, programas de investigación aplicada.

Si queremos, además, fomentar la inserción social de las personas con problemas de adicción, deberíamos estructurar estrategias adecuadas en función de las diferentes situaciones y necesidades, especialmente la inserción sociolaboral y el papel de la familia/red social de soporte como estructura social primaria. No se trata solo de consumir o no para poder reinsertarse; es mucho más complejo que la presencia o ausencia del tóxico.

Para terminar, permítanme una declaración personal: nuestro trabajo es tecnología punta, trabajamos con personas, con sus cerebros, sus conductas, sus respuestas, sus intereses, sus vidas... Debemos ayudar a descubrir cuáles son las razones, diferentes y diversas, por las cuales muchas personas distintas en diferentes situaciones se convierten en personas con adicciones muy severas (con y sin sustancias), y por qué tiene consecuencias tan graves para ellos y sus contextos sociales (familias, amigos, trabajo,

pareja...). Y ayudar a las personas a liberarse del miedo, la rabia, la furia, el odio, la ira, la frustración, la culpa...

“Las personas siempre hablan de los que piensan hacer, de lo que harán; los que verás hacer algo no tienen tiempo de hablar ni de lo que hacen” J W Goethe.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, M. P. (2011). El magnetismo de las neuroimágenes: moda, mito e ideología del cerebro. *Papeles del Psicólogo*, 32(2), 98-112.
- Calabria, B., Degenhardt, L., Briegleb, C., Vos, T., Hall, W., Lynskey, M. y McLaren, J. (2010). Systematic review of prospective studies investigating “remission” from amphetamine, cannabis, cocaine or opioid dependence. *Addictive Behaviors*, 35(8), 741-749.
- Carballo, J. L., Fernández-Hermida, J. R., Secades-Villa, R., Sobell, L. C., Dum, M. y García-Rodríguez, O. (2007). En Klingemann, H. y Sobell, L. C. (eds.), *Natural recovery from alcohol and drug problems: A methodological review of the literature from 1999 through 2005* (pp. 87-101). New York: Springer.
- Carmona-Perera, M. et al. (2012) Moral decision-making in polysubstance dependent individuals. *Drug Alcohol Depend.* <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.05.038>
- 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.
- Fernández-Serrano, M. J., Pérez-García, M. y Verdejo-García, A. (2011). What are the specific vs. generalized effects of drugs of abuse on neuropsychological performance? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(3), 377-406.
- García Ferrando, M., Ibañez, J., Alvira, F., (2008): *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Editorial.
- Goethals, I; Broekaert, E; Vandeveld, S & Vanderplasschen, W (2012) Fixed and dynamic predictors of treatment process in therapeutic communities for substance abusers in Belgium. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 2012, 7:43.
- Goethe, JW (2006) Fausto. Madrid, Alianza editorial.
- Hall, W., Carter, A. y Forlini, C. (2015). The brain disease model of addiction: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises? *Lancet Psychiatry*, 2(1), 105-110.
- Llanero Luque, M., Ruiz Sánchez de León, J. M. y Pedrero Pérez, E. J. (2014). Intervención neuropsicofarmacológica en la adicción. En Ruiz Sánchez de León, J. M. y Pedrero Pérez, E. J. (eds.), *Neuropsicología de la Adicción* (pp. 169-180). Madrid: Panamericana.
- Lopez-Quintero, C., Hasin, D. S., de los Cobos, J. P., Pines, A., Wang, S., Grant, B. F. y Blanco, C. (2011). Probability and predictors of remission from life-time nicotine, alcohol, cannabis or cocaine dependence: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Addiction*, 106(3), 657-669.
- Martín, E (2000) *Psicología y drogas: aproximación histórica, situación actual y perspectivas de futuro*. Papeles del Psicólogo nº 77.
- Millon, T. y Davis, R. D. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Molina Fernández A.J., et al (2015) La complejidad de la coordinación social y sanitaria en las adicciones y el papel de la enfermera. *Enferm Clin.* <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.09.009>
- Moos, R. H. y Finney, J. W. (2011). Commentary on Lopez-Quintero et al.(2011): Remission and relapse. The Yin-Yang of addictive disorders. *Addiction*, 106(3), 670-671.

NIDA (1994) Principles of Drug Addiction Treatment: A research-based guide. Bethesda: NIDA.

Olivar Arroyo, Á., Ruiz Sánchez de León, J. M. y Pedrero Pérez, E. J. (2014). Prevención y promoción de la salud en la adicción. En Ruiz Sánchez de León, J. M. y Pedrero Pérez, E. J. (eds.), *Neuropsicología de la Adicción* (pp. 125-143). Madrid: Panamericana.

Párrizas, M., Gasa, R. y Kaliman, P. (2012). *Epigenetics of lifestyle*. Barcelona: Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS)

Pedrero Pérez, E. J. y Ruiz Sánchez de León, J. M. (2014). Modelos neuropsicológicos de la adicción. En Ruiz Sánchez de León, J. M. y Pedrero Pérez, E. J. (eds.), *Neuropsicología de la Adicción* (pp. 125-143). Madrid: Panamericana.

Pérez Álvarez, M. (2011). *El mito del cerebro creador. Cuerpo, conducta y cultura*. Madrid: Alianza Editorial.

Pérez García, M. (2004) *Evaluación Neuropsicológica en drogodependencias: Trastornos adictivos y emocionales*. Granada: UGR.

PNSD (2016) Encuesta EDADES 2015.

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

Szerman N y Casas, M (2008) *Consenso sobre el cannabis*. SEP, Madrid.

UNODC (2015) *Informe de Naciones Unidas sobre el uso de drogas en el mundo*. UNODC, Viena.

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

Volkow, N. D. y Koob, G. (2015). Brain disease model of addiction: why is it so controversial? *Lancet Psychiatry*, 2(8), 677-679.

Volkow, N. D., Koob, G. y Baler, R. (2015). Biomarkers in substance use disorders. *ACS Chem Neuroscience*, 6(4), 522-525.

Volkow, N. D., Wang, G. J., Fowler, J. S. y Telang, F. (2008). Overlapping neuronal circuits in addiction and obesity: evidence of systems pathology. *Philosophical Transactions of the Royal Society*

of London B: Biological Sciences, 363(1507), 3191-3200.

Yates, R (2010) *Tackling addiction: Pathways to recovery*. Londres: Jessica Kingsley Pub.

IMPACTO DE LA CONFORMIDAD A LAS NORMAS DE GÉNERO EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS Y EL USO DE LOS RECURSOS SANITARIOS

THE IMPACT OF CONFORMITY
TO GENDER NORMS ON
SUBSTANCE USE AND
HEALTH RESOURCE
UTILISATION

Beatriz Regadera Martínez

Psicóloga bilingüe en la Clínica Cattell
Psicólogos (Murcia). Graduada con
intensificación en Psicología Clínica y de la
Salud por la Universidad de Murcia.

RESUMEN

El presente artículo ha sido realizado con la motivación de revisar el impacto de la conformidad a las normas de género en la salud de mujeres y hombres, y más específicamente en lo relativo al consumo de sustancias (alcohol, tabaco y fármacos ansiolíticos y antidepresivos) y al uso de los recursos sanitarios. El avance en este joven campo de estudio y el conocimiento extraído del mismo puede aportar, entre otros aspectos, mejoras en el enfoque que se da a la prevención del consumo de sustancias y la promoción de la salud de mujeres y hombres.

PALABRAS CLAVE

Normas de género, comportamiento de salud, género y salud, consumo de sustancias, uso de recursos sanitarios.

ABSTRACT

The present article was made with the purpose of reviewing the impact of conformity to gender norms on women's and men's health, and more specifically, on their substance use (alcohol, tobacco and antidepressants and anxiolytics drugs) and the use of health resources. Progress in this young field and the knowledge that we can draw from it, can bring improvements to the approach that is given in the prevention of substance use and the promotion of health in women and men, among others.

KEY WORDS

Gender norms, health behaviors, gender and health, substance use, health resource utilisation.

1. INTRODUCCIÓN. ESTILOS DE VIDA: CREENCIAS Y COMPORTAMIENTOS EN SALUD

A pesar de conocer la influencia de los roles de género en los comportamientos en salud, se ha estudiado poco sobre las causas que motivan que los hombres adopten estilos de vida menos saludables, mayores riesgos y menos creencias y conductas que promuevan la salud, mientras que las mujeres tienden a comprometerse con un mayor número de conductas promotoras de la salud y tienen patrones de estilo de vida más saludables, como el uso de recursos sanitarios (Courtenay, 2000), aunque presentan mayor número de enfermedades, mayores tasas de enfermedades crónicas y discapacidades, peor salud física y mayor consumo de medicamentos que los hombres (Case & Paxson, 2005; Kirchengast & Haslinger, 2008; Limiñana-Gras, Sánchez-López, Saavedra-San Román, & Corbalán-Berná, 2013).

Según la OMS (1999), el estilo de vida está conformado por patrones de comportamiento identificables, en los que se basa nuestra manera de vivir, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. De estos determinantes podemos subrayar la influencia de la sociedad y la cultura sobre el estilo de vida. Y dado que la sociedad y la cultura determinan qué es el género, es decir, las expectativas sobre cómo deben actuar y pensar hombres y mujeres, hay que tener en cuenta que el estilo de vida también está influenciado por las normas y los roles sociales de género y que éstos generan unas creencias y comportamientos en salud diferenciados en hombres y mujeres (Lasheras, Pires & Rodríguez, 2004).

Siguiendo a la OMS (1988), el estereotipo femenino, o cómo se supone que debe de ser una mujer, es una construcción social que se caracteriza por la sumisión, la pasividad, la dependencia y la emotividad. Este estereotipo está relacionado con el cuidado de otros y diversas patologías que afectan a la salud mental y física de las mujeres, como una mayor vulnerabilidad a la somatización,

entre otras. Esto se debe a que los factores psicológicos, en este caso relacionados con el rol de género femenino, afectan a la condición física y tienen relevancia tanto en la génesis como en el desarrollo de trastornos o enfermedades (DSM-IV-TR, 2000).

Por otro lado, el estereotipo masculino caracterizado por dominancia, agresividad, control de las emociones, búsqueda del éxito, etc. (Mahalik, Locke, Ludlow, Scott & Gottfried, 2003), también está relacionado con otras patologías que afectan a la salud mental y física de los hombres.

2. PERSPECTIVA DE GÉNERO EN SALUD

Revisando estudios sobre salud y género en hombres y mujeres podemos encontrar que muchos confunden género con sexo biológico, dividiendo las muestras entre hombres y mujeres pero sin tener en cuenta la influencia de conformidad a los roles de género masculinos y femeninos de los hombres y mujeres de dicha muestra.

Desde el punto de vista biológico, las ciencias biomédicas han tomado a hombres y mujeres como iguales, salvo por sus sistemas reproductivos, aplicándose los resultados de estudios médicos realizados con población masculina a la femenina. La perspectiva de género en salud contribuye a superar el androcentrismo científico imperante y a estudiar las diferencias en salud teniendo en cuenta el género, además del sexo, y su influencia en la salud de mujeres y hombres (Lasheras et al., 2004).

Una perspectiva más contextual de la salud en las metodologías de investigación y que supera a la concepción biomédica de la misma, identifica no sólo las diferencias en los modos de enfermar de cada uno de los sexos sino también las diferencias que se deben a la pertenencia al género masculino o al femenino (Gil, Ballesteros, & Aguirre, 2002; Lagarde, 1996). Así, podemos estudiar las diferencias por género en cuanto a

la autopercepción en salud, las creencias acerca de la salud y las motivaciones que hay en la base de las conductas en salud, tanto las que son salutogénicas como las patogénicas. Por ejemplo, las mujeres jóvenes tienen una concepción de la salud que expresan en términos de bienestar y equilibrio con el entorno, mientras que los hombres jóvenes la expresan en relación a la fuerza y potencialidad física de su cuerpo (Lasheras et al., 2004).

Muchos factores influyen en la salud y la longevidad, tales como la biología, la educación en salud y el acceso a los cuidados de salud, pero muchos investigadores creen que los factores más importantes son las conductas en salud (Mahalik, Lagan & Morrison, 2006). Según la OMS, la dieta, el ejercicio, el consumo de sustancias, el uso del apoyo social, las prácticas seguras y el manejo del estrés y la ira, son comportamientos que contribuyen de manera importante a la salud y son modificables. Además, se estima que el 50% de la morbilidad y la mortalidad se deben a los comportamientos en salud (Mokdad, Marks, Stroup, & Gerberding, 2004).

Las estrategias de prevención de la enfermedad y el consumo de sustancias, y de promoción de la salud, pueden ser más eficaces si van orientadas a la concepción de la salud y la enfermedad que tiene su población diana (Conde & Santamarina, 1997), por lo que es importante tener en cuenta el género y las diferencias que existen en la percepción de la salud y los comportamientos en salud en mujeres y hombres.

3. ¿CÓMO INFLUYEN LAS NORMAS DE GÉNERO EN NUESTRA SALUD?

El género es una categoría social construida a lo largo del tiempo a través de la cual se atribuyen a cada sexo unas características, unos patrones de conducta, normas sociales y expectativas, y el sentimiento de pertenencia a un género u otro, que no les son propias desde el nacimiento, sino que se interiorizan conforme evoluciona en una determinada sociedad (Brabete & Sánchez-López,

2012; Sánchez-López, 2014). Así, el género es una construcción social que más que explicar cómo son los hombres y las mujeres, guía cómo deben ser y comportarse.

A lo largo del proceso evolutivo, interiorizamos las expectativas y normas sociales referentes a las diferencias en cuanto al sexo, adquiriendo con ello la identidad de género femenina o masculina (Benlloch, 2005). La identidad de género es la experiencia personal de identificación de uno mismo como hombre o mujer y conlleva el sentimiento de pertenencia y la posesión de un conjunto de sentimientos y pensamientos referentes a la categoría de género con la que se identifique (Carver, Yunger & Perry, 2003).

Este proceso de adquisición de la identidad de género, ocurre en la primera infancia y tiene la función de cambiar comportamientos para que se ajusten a las normas sociales imperantes en el medio. Hay agentes socializadores o instituciones, como la familia, la escuela y los medios de comunicación, que influyen en la adquisición de la identidad de género. Estos agentes contribuyen a que los niños y las niñas adquieran patrones de comportamiento diferenciados, promoviéndose, por ejemplo, en los niños la valentía y en las niñas la ternura (Benlloch, 2005).

Por otro lado, los estereotipos son una construcción cognitiva o socio-cognitiva sobre los atributos que comparte un colectivo (Barberá, 1998). Son un conjunto de ideas que se acoplan entre sí de manera organizada (Ashmore, Del Boca y Wohlers, 1986). La construcción de los estereotipos es subjetiva y la aprendemos e interiorizamos a través de la interacción social. Incluye creencias, expectativas y atribuciones causales, por lo que los pensamientos estereotipados no suelen coincidir con la realidad (Benlloch, 2005).

Según el modelo de Aprendizaje social de género (Kenji, Corbin, Lejuez, & MacPherson, 2014), las normas de género tradicionales influyen la percepción individual del entorno propio, produciendo un impacto en su proceso de aprendizaje, siendo reforzadas unas conductas y castigadas otras.

Las normas de género dicen cómo deben ser, sentir y comportarse los hombres y las mujeres, y pueden determinar cómo perciben y viven sus experiencias y conflictos, pudiendo condicionar sus estrategias de afrontamiento e influir en las posibles conductas patogénicas y en las maneras de enfermar que puedan tener (Benlloch, 2005).

Los roles de género pueden generar tensión en las personas, tanto más, cuanto mayor rigidez haya en su desempeño y cuanto más distancia haya entre la idea del rol que uno tiene que llevar a cabo y la realidad. Esto puede afectar a la salud y de diferente manera, según se identifique uno con el rol de género femenino o masculino. Las normas de género, y los roles de género que se derivan de ellas, forman parte de la explicación de la diferente prevalencia de sintomatología clínica que aparece en los informes de salud de los hombres y las mujeres (Benlloch, 2005).

4. SALUD Y GÉNERO

Según la OMS(1999), la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de invalidez o enfermedad. Esta concepción de la salud puede resultar utópica existiendo otras muchas concepciones, entre las que cabe resaltar la concepción integradora de la salud de Godoy (1999), quien define la salud como “un proceso de relaciones dinámicas y bi-direccionales entre dimensiones y competencias individuales (biopsicosociales) y características ambientales (biofísicas, sanitarias, socioeconómico culturales) cuyo resultado es un estado caracterizado por el equilibrio y el correspondiente bienestar biopsicosocial, siendo la enfermedad la pérdida momentánea o duradera de dicho equilibrio dinámico, acompañada de los correspondientes trastornos, síntomas, discapacidades o necesidades físicas, psíquicas y/o sociales”.

Según Lalonde (1974), entre los determinantes de la salud, además de la biología humana, el sistema de asistencia sanitaria y el medio ambiente, encontramos los estilos de vida, los cuales están influenciados por la familia, la sociedad y la educación, y pueden ser factores de riesgo o de protección (Rueda, Manzano, Darío,

Pérez de Arriba, Zuazagoitia & Zulueta, 2008). Su influencia en la salud puede ser negativa a través de las conductas insanas como el consumo de drogas legales e ilegales, la mala utilización de los servicios de salud y el incumplimiento de las recomendaciones médicas, entre otras.

Como hemos visto, además de por factores biológicos, económicos, étnicos y de acceso a cuidados, el patrón salud-enfermedad se explica también por los comportamientos en salud (Brabete, Sánchez-López, Dresch, Cuéllar-Flores, & Rivas-Diez, 2013). Y, dentro de los factores socioculturales ligados a los comportamientos en salud, uno de los más importantes es el género (Courtenay, 2000).

La diferencias biológicas en hombres y mujeres no explican completamente las diferencias en salud, como la mayor toma de riesgos en hombres y las enfermedades crónicas y la presencia de más síntomas en mujeres. Tampoco detectan ni explican las diferencias intragrupo, es decir, entre las mujeres y entre los hombres.

Existen unos factores psicosociales asociados al rol de género que tienen un papel en la creación, el mantenimiento y el reforzamiento de conductas que influyen en las diferencias sexuales biológicas en la salud (Sánchez-López, Cuéllar-Flores, & Dresch, 2012). Además, los comportamientos en salud se enmarcan dentro de los factores más importantes que influyen en la salud y la modificación de los mismos es la manera más efectiva de prevenir la enfermedad (Courtenay, 2000).

4.1. EL ESTUDIO DEL IMPACTO DEL GÉNERO EN LA SALUD

En los años 70 se comenzó a investigar sobre el significado de feminidad y masculinidad (Baucom, 1976; Bem, 1974; Berzins, Welling, & Wetter, 1978; Spence & Helmreich, 1974; Spence, Helmreich, & Stapp, 1975) pero no se tomó en cuenta de manera multidimensional y con índices de salud que no fueran globales hasta que Mahalik et al. (2003) introdujo el concepto de “norma social” como

base para construir herramientas que pudieran medir la conformidad con las normas de género y cómo éstas influyen en la salud de los hombres y de las mujeres.

Así, se han creado recientemente dos cuestionarios que evalúan la conformidad a las normas de género masculinas y femeninas: el Inventario de Conformidad a las Normas de género Masculinas, CMNI (Mahalik et al., 2003) y el Inventario de Conformidad a las Normas de género Femeninas, CFNI (Mahalik, Morray, Coonerty-Femiano, Ludlow, Slattery, & Smiler, 2005).

La feminidad (Mahalik et al., 2005) y la masculinidad (Mahalik et al., 2003) suponen el grado de conformidad emocional, cognitiva y/o comportamental, que existe hacia las normas de género, un tipo de norma social que guía y prescribe lo que es socialmente apropiado para las mujeres (feminidad) y para los hombres (masculinidad).

El Inventario de Conformidad a las Normas de género Masculinas (Mahalik et al., 2003) contiene once escalas o normas de género asociadas a cada rol: ganar, control emocional, conductas de riesgo, violencia, poder sobre las mujeres, dominancia, ser mujeriego, independencia o autosuficiencia, primacía en el trabajo, desprecio hacia la homosexualidad y búsqueda de estatus social.

Por otro lado, el Inventario de Conformidad a las Normas de género Femeninas (CFNI) consta de 8 escalas: ser agradable en las relaciones, cuidado de niños: cuidar y estar con niños, delgadez, fidelidad sexual, modestia, inversión en relaciones románticas, ser casera e inversión en apariencia física.

Así, se ha estudiado como algunas normas de género están directa o inversamente relacionadas con ciertos índices o indicadores de salud, demostrando el poder de influencia de los factores derivados del género de manera salutogénica con determinadas normas de género y patogénica con otras (Brabete et al., 2012; Limiñana-Gras et al., 2013; Sánchez-López et al., 2012). En estos estudios se ha visto como el índice "alcohol y uso de tabaco" correlacionaba negativamente con casi todas las normas de género femeninas menos con delgadez, relaciones románticas e inversión en

apariencia, mientras que en los hombres correlacionaba positivamente con muchas normas de género (ganar, control emocional, toma de riesgos, violencia, poder sobre la mujer, ser mujeriego y confianza en sí mismo) (Brabete et al., 2012, Cuéllar-Flores & Sánchez-López, 2011; Limiñana-Gras et al., 2013; Mahalik et al., 2003).

4.2. LA INFLUENCIA DE LA CONFORMIDAD A LAS NORMAS DE GÉNERO EN EL USO DE LOS RECURSOS SANITARIOS Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Los roles de género suponen unos costes y unos beneficios para la salud, como por ejemplo, el que las personas con autoconcepto independiente de las variables masculinidad/feminidad tengan actitudes más positivas hacia la búsqueda de ayuda profesional (Yamawaki, 2010). Además, como hemos visto, estos beneficios o costes no sólo dependen del grado de conformidad con el rol de género sino también de qué rol se asuma (masculino o femenino).

En relación a la variable sexo, se ha encontrado que las mujeres tienden a tener una actitud positiva acerca de los profesionales de la salud mental y los hombres negativa (Addis & Mahalik, 2003; Fischer & Turner, 1970; Leong & Zachar, 1999; Morgan, Ness, & Robinson, 2003; Vogel & Wester, 2003) pero en algunos estudios se ha encontrado que el sexo biológico no es un predictor significativo en cuanto a las actitudes hacia los servicios de salud mental (Atkinson & Gim, 1989; Atkinson, Ponterotto, & Sánchez, 1984; Solberg, Ritsma, & Davis, 1994). En cambio, la socialización de género sí puede ser un predictor significativo, ya que estimula a las mujeres a buscar los servicios de salud mental y a los hombres los desalienta. Esto se debe a que lo que se espera de los hombres es que sean autosuficientes, estoicos, con control de sus emociones, competitivos, independientes y exitosos, mientras que de las mujeres se espera que sean dependientes, que expresen sus

emociones, que sean afectivas y pasivas (Addis & Mahalik, 2003).

La masculinidad tradicional está fuertemente asociada con conductas de riesgo como el abuso de sustancias (Blazina & Watkins, 1996; Liu & Iwamoto, 2007; Mahalik et al., 2003; Neff, Prihoda, & Hoppe, 1991; Pleck, Sonenstein & Ku, 1994) y con una menor voluntad para hacer uso de servicios de salud mental y tener conductas de cuidado de su salud (Addis & Mahalik, 2003), menor utilización de los servicios de prevención de la salud (Mahalik et al., 2006) y una mayor actitud de rechazo a la búsqueda de ayuda psicológica predicha por sus actitudes sobre las normas de género masculinas tradicionales (Yousaf, Hunter, & Popat, 2015).

Dentro del constructo de masculinidad se encuentran factores como tener confianza en sí mismo, ser independiente, tener fuerza física y control emocional. Estos factores limitan la búsqueda de ayuda ya que supone tener que admitir la necesidad de apoyo, confiar en otros o reconocer un problema emocional (Sánchez-López et al., 2012). Los hombres también experimentan mayor presión en relación a no buscar ayuda con la creencia social de que los hombres son independientes, autosuficientes, fuertes y duros (Courtenay, 2000).

Además, se ha estudiado como la percepción de la normatividad de las conductas en salud de otros hombres puede influenciar la propia (Mahalik et al., 2007), es decir, los hombres tienden a seguir las conductas en salud de otros hombres cuando perciben que son comportamientos normativos (Levant, Wimer & Williams, 2011), y es a través del aprendizaje observacional y del modelado cómo las normas masculinas ayudan a dar forma y guiar cómo los hombres interactúan socialmente (Courtenay, 2000).

Por otro lado, las mujeres se comprometen en mayor medida con conductas que promueven la salud y tienen patrones de conducta de vida más saludables que los hombres, pero hay unos factores de vulnerabilidad de la salud asociados a las normas de género femeninas que les generan problemas crónicos y mayores limitaciones a largo plazo.

Por ejemplo, la norma de género asociada a la feminidad “cuidado de otros”, genera una falta de proyecto personal y el sentimiento de soledad en las mujeres y, además, es un trabajo repetitivo, invisible, infravalorado y no remunerado. Por otro lado, la carencia de apoyo social y familiar genera una sobrecarga emocional y física, al mismo tiempo que el cuidado de otros genera una falta de tiempo para una misma y de autocuidado. Ligado al cuidado de otros también pueden aparecer situaciones de abuso emocional por miembros de la familia. Darse cuenta de que la dedicación a los demás va en contra de los propios intereses, necesidades y deseos y que no siempre es reconocido este esfuerzo o entrega, produce en las mujeres una sensación de insatisfacción que les genera un gran vacío, lo que lleva a la frustración y a un estado de humor afectado que es silenciado con el uso de fármacos (ansiolíticos, antidepresivos, etc.) (Sánchez-López et al., 2012).

Kauffman, Silver & Poulin (1997), relacionan el estigma social relacionado con las mujeres como un importante factor explicativo de por qué las mujeres prefieren utilizar sustancias más “socialmente aceptadas” como los medicamentos psicoactivos recetados. Además, el uso de anfetaminas es desproporcionadamente mayor en mujeres que en hombres como un control del peso corporal, reflejando la presión social hacia las mujeres para mantener un cuerpo delgado.

Siguiendo con el estudio de Sánchez-López et al. (2012), en el que se investigó la relación entre la conformidad con las normas de género, las enfermedades crónicas y el consumo de alcohol y tabaco, encontramos que en España el uso de sustancias en mujeres se relaciona con una menor consideración de los valores ligados a la socialización convencional. Al consumo de tabaco le atribuyen un sentimiento de autonomía que no concuerda con las normas de género femeninas de fidelidad e inversión en relaciones románticas. Además, la magnitud de la varianza en el uso de sustancias fue explicada en mayor medida por la conformidad a las normas de género que por la variable sexo, viendo nuevamente, el impacto de la conformidad con las normas de género en las

conductas de salud y en la posibilidad de tener una enfermedad concreta.

5. INVESTIGACIONES EN CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO Y USO DE RECURSOS SANITARIOS EN HOMBRES Y MUJERES Y SU RELACIÓN CON LA CONFORMIDAD A LAS NORMAS DE GÉNERO MASCULINAS Y FEMENINAS

Según los resultados de la última Encuesta Nacional de Salud (INE, 2013), en la variable “autopercepción de salud o estado general de salud”, observamos que del 75.3% de la población general que refiere su estado de salud como bueno o muy bueno, los hombres refieren mejor salud que las mujeres (un 79.3% frente a un 71.3%). En cuanto al consumo de tabaco, hay más hombres que fumen (27,9%) que mujeres (20,2%), y del 38,3% de los adultos que consume habitualmente bebidas alcohólicas, los hombres doblan el porcentaje de mujeres (52,3% hombres, 24,9% mujeres).

En investigaciones previas, se ha encontrado que los hombres consumen alcohol y tabaco con mayor frecuencia que las mujeres (Hudd et al., 2000; Limiñana-Gras et al., 2013; WHO, 2002). En concreto, hombres en el rango de edad 18-25 tienen el doble de probabilidades respecto a las mujeres de sufrir abuso de alcohol y dependencia (Grant et al., 2004).

Investigaciones anteriores hallaron que las mujeres tienen peor salud autopercebida que los hombres (Encuesta Europea de Salud en España, 2009; Kondo et al., 2008; Singh-Manoux et al., 2007; Taghrid et al., 2007; Borrell et al., 2006; ENS, 2006; Ministerio de Sanidad, 2005) y refieren un mayor número de síntomas o problemas de salud (European Union, 2011; Encuesta Europea de Salud en España, 2009; ENS, 2006; OMS, 2005).

En cuanto al consumo de fármacos, encontramos que las mujeres consumen más que los hombres (Sistema Nacional de Salud, 2010; ENS, 2006; Ministerio de Sanidad, 2005). Esto puede estar relacionado, como se ha visto en otros estudios (Addis & Mahalik, 2003), a la menor voluntad de los hombres para hacer uso de servicios de salud mental y tener conductas de cuidado de su salud, y a las normas de género ligadas al rol masculino de autosuficiencia y toma de riesgos, lo que les puede llevar a no consumir medicinas cuando las necesitan. También puede relacionarse con el hecho de que las mujeres presenten más problemas de salud que los hombres por la norma de género femenina de “cuidado de otros”, lo que genera agotamiento, falta de tiempo para una misma y de autocuidado, y la norma de “sumisión”, que supone factores de vulnerabilidad para su salud y a los que se enfrentan día a día, como la exposición a las situaciones de subordinación que van ligadas a esta norma, como se ha estudiado en otros estudios (Sánchez-López et al., 2012).

Hay pocos estudios que examinen la relevancia del género en relación al consumo de alcohol entre los hombres (Courtenay, 2000; Locke & Mahalik, 2005, Peralta, 2007; Williams, 2003), cuando resulta esencial entender los predictores y mediadores del consumo de alcohol relacionados

	<i>Población general</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>
	<i>(N=29.476)</i>	<i>(n=15.018)</i>	<i>(n=14.458)</i>
<i>Estado general de salud bueno/muy bueno</i>	75.3%	71.3%	79.3%
<i>Consumo de alcohol</i>	38.3%	24.9%	52.3%
<i>Fuma a diario</i>	24,0%	20.2%	27.9%

con el género (Kenji, Corbin, Lejuez & MacPherson; 2014). Encontramos incluso menos investigaciones sobre el papel de las normas de género y el consumo de sustancias en mujeres, aunque esto podría atribuirse al hecho de que las normas de género femeninas tradicionales se han visto que son protectoras del consumo de sustancias (Sánchez-López, Rivas-Diez & Cuéllar-Flores, 2013).

Entre las investigaciones que incluyen el género como variable, y en relación con la conformidad a las normas de género masculinas, se ha encontrado que a mayor conformidad total, los hombres presentan un mayor consumo de tabaco (Sánchez-López, Cuéllar-Flores, Limiñana-Gras et al., 2012) y un mayor consumo de alcohol (Limiñana-Gras, Sánchez-López, Saavedra-San Román, & Corbalán-Berná, 2013). Por otro lado, en el caso de las mujeres, la mayor conformidad con la norma de género “ser agradable en las relaciones” se relaciona con un menor consumo de tabaco (Sánchez-López, Cuéllar-Flores, Limiñana-Gras et al., 2012), y la conformidad con las normas de género “delgadez” e “inversión en apariencia” están relacionadas positivamente con el consumo de alcohol y de tabaco (Brabete et al, 2013).

Las normas de género son multidimensionales por lo que los hábitos de consumo de alcohol pueden ser influidas por las distintas normas de género de manera diferente (Levant & Richmond, 2007). Así, se ha encontrado que, en concreto, las normas de género masculinas como ser mujeriego, el poder sobre las mujeres y la toma de riesgos, están relacionadas significativamente con una mayor frecuencia de consumo de alcohol y los problemas relacionados con su consumo, mientras que la mayor conformidad con las normas de independencia, desdén hacia la homosexualidad y control emocional están inversamente relacionadas con los problemas de consumo de alcohol (Iwamoto et al., 2011; Liu & Iwamoto, 2007).

Además, encontramos diversos estudios que han mostrado un patrón consistente de masculinidad tradicional asociada al uso de alcohol en hombres de diversas nacionalidades y edades, incluyendo universitarios (Courtenay, 1998; Liu & Iwamoto, 2007; Iwamoto, Cheng, Lee, Takamatsu & Gordon,

2011; Locke & Mahalik, 2005; Mahalik, Levi-Minzi & Walker, 2007; Mahalik, Lagan & Morrison, 2006).

Por ejemplo, algunos estudios han encontrado que la habilidad de consumir grandes cantidades de alcohol sin vomitar o desmayarse era vista como una característica de masculinidad (Peralta, 2007), y que tener reacciones adversas eran percibidas como características de debilidad, feminidad u homosexualidad (Gough & Edwards, 1998; Peralta, 2007).

Como hemos visto, uno de los factores que puede explicar por qué algunos hombres consumen alcohol frecuentemente es la conformidad con las normas de género masculinas (Blazina & Watkins, 1996, de Visser & Smith, 2007; Korcusk & Thombs, 2003; Locke & Mahalik, 2005; McCreary, Newcomb, & Sadava, 1999; Monk & Ricciardelli, 2003; Peralta, 2007). Por ejemplo, en Estados Unidos, beber alcohol socialmente es visto como una muestra social de la hombría (Lemle & Mishkind, 1989) o lo que se espera en el comportamiento de los hombres (Mullen, Watson, Swift, & Black, 2007). Por lo tanto, puede que los hombres sientan la presión social por cumplir los estándares para conseguir la imagen de varoniles (Lemle & Mishkind, 1989) y esto influya en su estilo de vida respecto al consumo de alcohol, tabaco y el uso de los recursos sanitarios.

6. CONCLUSIÓN Y LÍNEAS FUTURAS

Dado que existe una barrera entre lo que se considera salud y enfermedad basada en una construcción social que depende de factores biológicos, psicológicos y subjetivos, entre otros, y sabiendo que el comportamiento en salud contribuye un 50% a la diferencia en la tasa de mortalidad y morbilidad entre hombres y mujeres (Mokdad et al., 2004), es importante conocer cómo las normas de género implicadas en cada rol, la conducta social y los estilos de personalidad y de afrontamiento, las actividades e intereses (consumo de sustancias, conductas de riesgo, etc.), las identidades y la autopercepción, influyen en la

salud, la enfermedad, la percepción de la misma (Brabete et al., 2012) y la búsqueda de ayuda.

Hemos podido observar en esta revisión como, en la predicción del consumo de sustancias, la conformidad a las normas de género son al menos tan importantes como la variable sexo, encontrando que la magnitud de la variación en el consumo de sustancias se explica mejor por la conformidad con las normas de género que por el sexo biológico (Sánchez-López, Rivas-Diez & Cuéllar-Flores, 2013).

La identificación de las diferencias por género respecto al consumo de alcohol y tabaco resulta de gran utilidad a la hora de desarrollar programas o intervenciones educativas para reducir el consumo de sustancias, permitiendo adoptar estrategias preventivas y tratamientos para hombres y mujeres más eficaces.

Incluyendo la perspectiva de género en los programas de promoción de la salud y de prevención y tratamiento de la enfermedad y el consumo de sustancias, y en actividades sociales de salud, podemos detectar grupos de riesgo y promover técnicas que sean más efectivas para cada grupo, teniendo en cuenta las diferencias en comportamiento, pensamientos, actitudes y emociones que pueden influir de manera diferenciada en la salud, dependiendo del grado de conformidad con el rol de género asumido (masculino o femenino) (Brabete et al., 2012).

Y aún siendo una realidad que en la última década ha aumentado el número de investigaciones sobre género y salud, todavía quedan muchas cuestiones por conocer de modo que pueda conseguirse que hombres y mujeres adopten conductas más saludables y dispongan de un mejor estado de salud.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Addis, M. & Mahalik, J. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58, 5-14.
- Ashmore, R. D., Del Boca, F.K., & Wohlers, A.J. (1986). Gender stereotypes. The social psychology of female-male relations: A critical analysis of central concepts. Orlando, FL: Academic.
- Atkinson, D. R., & Gim, R. H. (1989). Asian-American cultural identity and attitudes toward mental health services. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 209-212.
- Atkinson, D. R., Ponterotto, J. G., & Sanchez, A. R. (1984). Attitudes of Vietnamese and Anglo-American students toward counseling. *Journal of College Student Personnel*, 25, 448-452.
- Baucom, D. H. (1976). Independent masculinity and femininity scales on the California Psychological Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44(5), 876.
- Benlloch, I.M. (2005). Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud. Universidad de Valencia. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/03modulo_02.pdf
- Berzins, J. I., Welling, M. A., & Wetter, R. E. (1978). A new measurement of psychological androgyny based on the Personality Research Form. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(1), 126-138.
- Blazina, C., & Watkins, C. E. Jr. (1996). Masculine gender role conflict: Effect on college men's psychological well-being, chemical substance usage, and attitudes toward help-seeking. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 461-465.
- Borrell, C., & Benach, J. (2006). La evolución de las desigualdades en salud en Cataluña. Grupo de trabajo CPS-FJ Bofill. *Gaceta Sanitaria*, 20(5), 396-406.
- Brabete, A. C., Sánchez-López, M.P., Dresch, V., Cuéllar-Flores, I. & Rivas-Diez, R. (2013). Gender issues implications on health. *Health behavior: New York: New Research. Inc.* pp. 81-10.
- Carver, P.R., Yunger, J. L. & Perry, D. G. (2003). Gender identity and adjustment in middle childhood. *Sex Roles*, 49, (3/4).

Conde, F. & Santamarina, C. (1997). Las representaciones sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Madrid.

Courtenay, W.H. (2000a). Behavioral Factors Associated with Disease, Injury, and Death among Men: Evidence and Implications for Prevention. *The Journal of Men's Studies*, 9(1), 81-142.

Couternay, W.H. (2000b). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*, 50(10), 1385-1401.

Cuellar-Flores, I., Sánchez-López, M.P. & Dresch, V. (2011). El inventario de conformidad con las normas de género masculinas (CMNI) en la población española. *Anales de Psicología*, 27, 170-178.

de Visser, R. O., & Smith, J. A. (2007). Alcohol consumption and masculine identity among young men. *Psychology & Health*, 22, 595-614.

Encuesta Nacional de Salud ENS. (2006). Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Instituto Nacional de Estadística.

European Union. (2011). *The State of Men's Health in Europe*. Bruselas: European Union. Instituto Nacional de Estadística, INE. (2013). Encuesta sobre número de profesionales sanitarios colegiados en España. Madrid, España: Secretaria General de Asuntos Sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Fischer, E. H., & Turner, J. I. (1970). Orientations to seeking professional help: Development and research utility of an attitude scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35, 79-90.

Gil, M. A., Estrada, C., & Aguirre, R. (2002). La investigación cualitativa y la promoción de la salud en la Comunidad de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 451-459.

Godoy, J.F. (1999). Psicología de la salud: delimitación conceptual. En Simón, M.A. (ed.). *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones* (39-114). Madrid: Biblioteca Nueva.

Gough, B., & Edwards, G. (1998). The beer talking: Four lads, a carry out and the reproduction of masculinities. *The Sociological Review*, 46, 409-455.

Grant, B. F., Dawson, D. A., Stinson, F. S., Chou, S. P., Dufour, M. C., & Pickering, R. P. (2004). The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence: United States, 1991-1992 and 2001-2002. *Drug and Alcohol Dependence*, 74, 223-234.

Kauffman SE, Silver P, Poulin J. Gender differences in attitudes toward alcohol, tobacco, and other drugs. *Soc Work*. 1997;42(3):231-41.

Kenji, D., Corbin, W., Lejuez, C., & MacPherson, L. (2014). Colleague Men and Alcohol Use: Positive Alcohol Expectancies as a Mediator Between Distinct Masculine Norms and Alcohol Use. *Psychol Men Masc*, 15(1), 29-39.

Kondo, N., Kawachi, I., Subramanian, S.V., Takeda, Y., & Yamagata Z. (2008). Do social comparisons explain the association between income inequality and health? Relative deprivation and perceived health among male and female Japanese individuals. *Social Science and Medicine*, 67, 982-987.

Korcuska, J. S., & Thombs, D. L. (2003). Gender role conflict and sex-specific drinking norms: Relationships to alcohol use in undergraduate men and women. *Journal of College Student Development*, 44, 204-216. doi:10.1353/csd.2003.0017

Lagarde, M. (1996). *Género y feminismo. Desarrollo Humano y democracia*. Madrid: Ed. Horas y Horas.

Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa, Ontario, Canada: Information Canada.

Lasheras, M. L., Pires, M., Rodríguez, M. M. (2004). *Género y salud*. Instituto Andaluz de la mujer. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejo para la Igualdad y bienestar social. Consejería de Economía y Hacienda.

Lemle, R., & Mishkind, M. E. (1989). Alcohol and masculinity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 213-222.

Leong, F. T. L., & Zachar, R. (1999). Gender and opinions about mental illness as predictors of attitudes toward seeking professional psychological help. *British Journal of Guidance & Counseling*, 27, 123-132.

Levant, R.F.; Wimer, D.J.; & Williams, C.M. (2011). An Evaluation of the Health Behavior Inventory-20 (HBI-20) and Its Relationship to Masculinity and Attitudes Towards Seeking Psychological Help Among College Men. *Psychology of Men & Masculinity*, 12(1), 26-41.

Limiñana-Gras, R.M., Sánchez-López, M.P., Saavedra-San Román, A.I. & Corbalán-Berná, J. (2013). Health and gender in female dominated occupations: the case of male nurses. *The Journal of Men's Studies*, 21, 135-148.

Liu, W. M., & Iwamoto, D. K. (2007). Conformity to masculine norms, Asian values, coping strategies, peer group influences and substance use among Asian American men. *Psychology of Men & Masculinity*, 8, 25–39.

Locke, B. D., & Mahalik, J. R. (2005). Examining masculinity norms, problem drinking, and athletic involvement as predictors of sexual aggression in college men. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 279– 283.

Mahalik, J.R., Lagan, H.D. y Morrison J.A. (2006). Health Behaviors and Masculinity in Kenyan and U.S. Male College Students. *Psychology of Men and Masculinity*, 7, 191-202.

Mahalik, J.R., Locke, B., Ludlow, L., Diemer, M., Scott, R.P. J. & Gottfried, M. (2003). Development of the conformity to masculine norms inventory. *Psychology of Men and Masculinity*, 4, 3-25.

Mahalik, J.R., Morray, E.B., Coonerty-Femiano, A., Ludlow, L.H., Slattery, S. M. & Smiler, A. (2005). Development of the conformity to feminine norms inventory. *Sex Roles*, 52, 417-435.

McCreary, D. R., Newcomb, M. D., & Sadava, S. W. (1999). The male role, alcohol use, and alcohol problems: A structural modeling examination in adult women and men. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 109–124.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2005). Informe salud y género. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.

Mokdad, A.H., Marks, J.S., Stroup, D.F., & Gerberding, J.L. (2004). Actual Causes of Death in the United States, 2000. *JAMA*, 291,(10), 1238-1245.

Monk, D., & Ricciardelli, L. A. (2003). Three dimensions of the male gender role as correlates of alcohol and cannabis involvement in young Australian men. *Psychology of Men & Masculinity*, 4, 57–69.

Morgan, T., Ness, D., & Robinson, M. (2003). Students' help-seeking behaviors by gender, racial background, and student status. *Canadian Journal of Counseling*, 37, 151-166.

Neff, J. A., Prihoda, T. J., & Hoppe, S. K. (1991). "Machismo," self-esteem, education and high maximum drinking among Anglo, Black and Mexican-American male drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 458–463.

Organización Mundial de la Salud OMS. (1998). Gender and health: Technical paper. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/WHD_98_16_gender_and_health_technical_paper/WHD_98_16_table_of_contents_en.html

Organización Mundial de la salud OMS. (1999) Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Disponible en: http://www.famp.es/racs/intranet/otras_secciones/documentos/SALUD%2021.pdf

Peralta, R. L. (2007). College alcohol use and the embodiment of hegemonic masculinity among European American men. *Sex Roles*, 56, 741–756.

Pleck, J. H., Sonenstein, F. L., & Ku, L. C. (1994). Problem behaviours and masculinity ideology in adolescent males. In R. D. Ketterlinus & M. E. Lamb (Eds.), *Adolescent problem behaviours: Issues and research* (pp. 165–186). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Rueda, J.R., Manzano, I., Darío, R., Pérez de Arriba, J., Zuazagoitia, J. & Zulueta, G. (2008). La Promoción de la salud. Algunas teorías y herramientas para la planificación y evaluación de intervenciones sobre los estilos de vida. *Investiga-*

ción Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco. Informe nº: Osteba D-08-08.

Sánchez-López, M. P., Saavedra-San Román, A. I., Dresch, V. & Limiñana-Gras, R. (2014). Conformity to Traditional Gender Norms in a Feminized Occupation: The Influence on Health Behaviors. *Health*, 6, 2775-2789.

Sánchez-López, M. P., Cuéllar-Flores, I. & Dresch, V. (2012). The impact of gender roles on health. *Women & Health*, 52, 182-196.

Sánchez-López, M.P., Rivas-Díez, R. & Cuéllar-Flores, I. (2013). Masculinity and femininity as predictors of tobacco and alcohol consumption in Spanish university students. *Health and Addictions*, 13(1), 15-22.

Singh-Manoux, A., Gue´Guen, A., Martikainen, P., Ferrie, J., Marmot, M., & Shipley, M. (2007). Self-Rated Health and Mortality: Short-and Long-Term Associations in the Whitehall II Study. *Psychosomatic Medicine*, 69, 138-143.

Solberg, V. S., Ritsma, S., & Davis, B. J. (1994). Asian-American students' severity of problems and willingness to seek help from university counseling center: Roles of previous counseling experience, gender, and ethnicity. *Journal of Counseling Psychology*, 4, 275-279.

Spence, J. T., & Helmreich, R. L. (1974). The Personal Attributes Questionnaire: A measure of sex roles stereotypes and masculinity-femininity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 624-635.

Spence, J. T., Helmreich, R. L., & Stapp, J. (1975). Ratings of self and peers on sex role attributes and their relation to self-esteem and conceptions of masculinity and femininity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32(1), 29-39.

Taghrid, A., Balsam, A., Samer, R., Tanja, P., Kenneth, D., & Wasim, M. (2007). Self-rated health and its determinants among adults in Syria: a model from the Middle East. *BMC Public Health*; 7:177.

Vogel, D. L., & Wester, S.R. (2003). To seek help or not to seek help: The risks of self-disclosure. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 351-361.

World Health Organization (2002). Gender and Women's Mental Health. Disponible en: *Mental Health* http://www.who.int/mental_health/prevention/gender_women/en/

Yamawaki, N. (2010). The Effects of Self-Constructual and Masculinity vs Femininity: A comparison of American and Japanese Attitudes Toward Mental Health Services. *Journal of Mental Health Counseling*, 32 (2), 154-167.

Yousaf, O., Grunfeld, E.A. and Hunter, M.S., 2015. A systematic review of the factors associated with delays in medical and psychological help-seeking among men. *Health Psychology Review*, 9(2), pp. 264-276.

Reseña del artículo
"ESTILOS EDUCATIVOS,
ESTRESANTES
PARENTALES Y SÍNTOMAS
PSICOPATOLÓGICOS EN
PADRES DE ADOLESCENTES
CON COMPORTAMIENTOS DE
ALTO RIESGO."

"EDUCATIONAL STYLES,
PARENTING STRESSORS AND
PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMS
IN PARENTS OF ADOLESCENTS WITH
HIGH-RISK BEHAVIOURS."

Artículo en revista:

Drugs: education, prevention & policy

Autores/as de la publicación:

Sonia Ituráin, José J. López-Goñi, Alfonso Arteaga, Corina Deusto y Javier Fernández-Montalvo

Programa Suspertu. Fundación Proyecto Hombre Navarra. Pamplona.

Departamento de Psicología y Pedagogía. Universidad Pública de Navarra. Pamplona.

Programa Hirusta. Fundación Gizakia. Bilbao.

Alfonso Arteaga

Doctor en Psicología. Profesor ayudante. Doctor del Departamento de Psicología y Pedagogía de la Universidad Pública de Navarra. Miembro del grupo de investigación Psicología Clínica y Psicopatología de la misma universidad.

El artículo que se presenta forma parte de una investigación llevada a cabo con dos programas de prevención indicada de nuestro país: el programa Suspertu (Fundación Proyecto Hombre Navarra) y el programa Hirusta (Fundación Gizakia de Bizkaia). En él se evalúan distintos aspectos del perfil de los padres y madres que acuden a dichos programas. Se trata de progenitores de adolescentes que presentan conductas de riesgo, siendo las más prevalentes el abuso de sustancias y las conductas agresivas.

Si bien la mayoría de las intervenciones llevadas a cabo con familias en el abordaje de las drogodependencias están dirigidas a familiares de personas en tratamiento por su adicción, cada vez se hace más necesario diseñar y reforzar estrategias de intervención con padres y madres de adolescentes que presentan conductas de riesgo, principalmente de abuso de drogas. La intervención preventiva con estos progenitores resulta fundamental de cara a intervenir precozmente y persigue un doble objetivo: dotarles de herramientas tanto para intervenir de modo más eficaz con sus hijos, como para protegerse y fortalecerse personalmente.

El objetivo principal del estudio presentado fue determinar las características de dichos progenitores en cuanto al perfil sociodemográfico, síntomas psicopatológicos, estados emocionales, estilos educativos y desajuste en la vida cotidiana.

La muestra del estudio estuvo compuesta por 374 progenitores (169 hombres y 205 mujeres) de adolescentes de entre 12 y 18 años que presentaban conductas de riesgo y que pidieron ayuda en ambos programas entre 2013 y 2014. Se aplicaron los siguientes instrumentos: *Parenting Practices Questionnaire* (PPQ) (Robinson, Mandlco, Olsen, & Hart, 1995, 2001), *Parental Stress Scale* (PSS) (Berry & Jones, 1995), *Symptom Checklist* (SCL-90-R) (Derogatis, 1975) y *Escala de Inadaptación* (Echeburúa, Corral, & Fernandez-Montalvo, 2000).

Los resultados del estudio muestran diferencias estadísticamente significativas por género. Las madres mostraron un mayor grado de síntomas psicopatológicos, desajuste y estrés parental en relación con los padres. Las madres también utilizaron estilos de crianza más frecuentemente autoritarios

y permisivos. Tanto estos estilos parentales autoritarios y permisivos como las percepciones estresantes del papel de los padres estaban asociados con más síntomas psicopatológicos y con desajuste o inadaptación. Por último, las siguientes variables predijeron la gravedad de los síntomas psicopatológicos: haber cursado educación secundaria, el desajuste o inadaptación, las percepciones estresantes del papel de los padres y los estilos de crianza autoritarios y permisivos.

Los padres y madres de adolescentes con conductas de riesgo mostraron mayores puntuaciones que la población general en síntomas psicopatológicos. Asimismo, presentan mayores niveles de inadaptación a la vida cotidiana. Resulta fundamental que los programas de prevención que intervienen con estos progenitores contemplen ambos aspectos en el diseño de sus intervenciones. Del mismo modo, deben incorporar estrategias para la adquisición de estilos educativos adecuados, ya que se comprueba que el desarrollo de los mismos está asociado a una menor problemática en los hijos y a una menor sintomatología psicopatológica en ellos mismos. Por otro lado, los programas de intervención deben desarrollar estrategias para minimizar las percepciones de los roles de los padres como estresantes y para maximizar sus sentimientos de recompensa, ya que también se ha observado relación entre las percepciones de los padres sobre su papel parental y el estado psicopatológico y los niveles de inadaptación a la vida cotidiana.

Este estudio destaca la necesidad de evaluar los problemas psicológicos de los padres de adolescentes con comportamientos de riesgo y de desarrollar programas específicos de intervención con ellos.

Esta publicación, llevada a cabo por el grupo de investigación Psicología Clínica y Psicopatología de la Universidad Pública de Navarra, con la colaboración de los programas Suspertu e Hirusta, forma parte de un estudio más amplio que pretende evaluar la intervención llevada a cabo con los padres y madres que acuden a ambos programas. En este momento se encuentra en elaboración un nuevo

artículo científico que evalúa dicho tratamiento y que pretende aportar evidencia científica a las pocas intervenciones que se realizan en nuestro país con padres y madres en el campo de la prevención indicada. Este grupo de investigación lleva 16 años trabajando en la evaluación y mejora de los programas de tratamiento de las adicciones, tanto ambulatorios como en Comunidad Terapéutica, y ha desarrollado varios proyectos de investigación y publicado numerosos artículos relacionados con el ámbito de las adicciones.

Estudio original:

Ituráin, S., López-Goñi, J. J., Arteaga, A., Deusto, C. y Fernández-Montalvo, J. (2007, en prensa). Educational styles, parenting stressors and psychopathological symptoms in parents of adolescents with high-risk behaviours. *Drugs: Education, Prevention & Policy*. <http://dx.doi.org/10.1080/09687637.2016.1191062>

HAN COLABORADO EN ESTE NÚMERO

ANTONIO JESÚS MOLINA FERNÁNDEZ

Licenciado en Psicología (Universidad de Granada). Coordinador terapéutico. Asociación Dianova España. Profesor de la Universidad Complutense de Madrid. Tiene más de 20 años de experiencia en el campo de trabajo, habiendo desempeñado como docente varios puestos, tales como formador, investigador y coordinador en centros de intervención.

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

GISELA RODRÍGUEZ-HANSEN

Psicóloga de formación clínica, máster en investigación de Psicopatología del adulto y patología dual. Máster en psicopatología clínica infanto-juvenil. Psicóloga en centro de tratamiento de adicciones CTA Dianova Can Parellada. Actualmente realizando el programa de doctorado en la Universitat Autònoma de Barcelona sobre género, drogodependencia y violencia doméstica. Formación sobre enfoque de género en drogodependencias y violencia doméstica. Investigadora en el grupo “Comportamiento, estilos de vida y salud en mujeres” de la Facultad de Psicología UAB. Miembro de la junta directiva de la Federación Catalana de Drogodependencias. Miembro del grupo de Conductas Adictivas del COPC. Investigadora en el grupo TRANSMEDIA CATALUÑA sobre TICs y deterioro cognitivo. Investigadora colaboradora con Parc de recerca Sant Joan de Dèu en estudios sobre detección precoz de Trastorno

depresivo en atención primaria. Formadora de profesionales de atención primaria de CatSalut e investigadora de campo sobre instrumentos de evaluación psicológica con IDIAP Jordi Gol. Evaluadora de perfiles y competencias en el máster de directivos sanitarios Hospital de Sant Pau.

ESTHER MARTOS AZCUTIA

Licenciada en Psicología (Universidad de Barcelona). Máster en Psicología Clínica y de la Salud. Especialista en tratamiento de las adicciones y trastornos asociados. Psicóloga del centro de tratamiento de adicciones CTA Dianova Can Parellada, con más de 15 años de experiencia.

Publicaciones: * “Indicadors de qualitat: comunitats terapèutiques i pisos amb suport per a persones amb drogodependències”. Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales del Departamento de Acción Social y Ciudadanía de la Generalitat de Catalunya (ICASS). Col.lecció Indicators, 2 - 2009. * “Bones pràctiques: comunitats terapèutiques i pisos amb suport per a persones amb problemes de drogodependències”. Instituto Catalán de Asistencia y servicios Sociales del Departamento de Acción Social y Ciudadanía de la Generalitat de Catalunya (ICASS). Col. lecció eines 3 – 2009. * “La nueva cara de la droga”, publicado en la G/U/CAMPUS nº 31 del periódico El Mundo, Noviembre 2011. * “Tratamiento de larga duración en adicciones: pasado, presente y futuro de la comunidad terapéutica” en www.dianova.org, Marzo de 2014.

ALFREDO MOYA GONZALO

Formación universitaria: Licenciado universitario en Psicología. Curso en Inteligencia Emocional. Experiencia de 25 años en el sector.

- Curso de Formación de Facilitadores en Educación Relacional.
- Curso de Gestión del Estrés y Autocontrol.
- Curso en Igualdad de Oportunidades.
- Curso de Seguridad de Datos y Gestión de la Información.

ENRIQUE GALLEGO GRANERO

Madrid. España. Licenciado en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid. Máster Universitario de Investigación en Psicología Social por la Universidad de Barcelona. Experto de Postgrado en Mediación de Conflictos por la Universidad Complutense de Madrid. Certificado de Aptitud Psicopedagógica por la Universidad Complutense de Madrid. Personal docente e investigador en el departamento de Psicología Diferencial de la Facultad de Psicología (Universidad Complutense de Madrid). Personal docente e investigador en el departamento de Psicología Social de la Facultad de Psicología (Universidad de Barcelona). Psicólogo social y clínico autónomo experto en relaciones humanas, para Agencia LAZOS.

ELISA SEVILLA MARTÍNEZ

Madrid. España. Diplomada en Educación Social por la Universidad de Salamanca. Licenciada en Criminología por la Universidad Complutense de Madrid. Experta de Postgrado en Mediación de Conflictos por la Universidad Complutense de Madrid. Educadora social en medio penitenciario.

ALFONSO ARTEAGA

Licenciado en Ciencias Biológicas y doctor en Psicología. Trabaja como Profesor Ayudante Doctor en la Universidad Pública de Navarra, en la que pertenece al Grupo de Investigación Psicología Clínica y Psicopatología, con distintos proyectos de investigación centrados en adicciones, violen-

cia de pareja, menores infractores y prevención de conductas de riesgo. Ha publicado 18 artículos en revistas de impacto internacional JCR. Página web: <http://www.unavarra.es/pdi/?uid=8900&dato=descripcion>

BEATRIZ REGADERA MARTÍNEZ

Psicóloga bilingüe en la Clínica Cattell Psicólogos (Murcia). Graduada con intensificación en Psicología Clínica y de la Salud por la Universidad de Murcia con estudios en el extranjero en la Universidad de Katho (Bélgica). Consejera vitalicia y miembro del comité Científico en la Fundación Cattell Psicólogos. Secretaria de la Sociedad Española de Psicoterapia Antropológica. Ha realizado voluntariados en la Asociación de Familias y Enfermos Mentales A.F.E.S de Murcia y en la Asociación juvenil para niños y adolescentes en situaciones de pobreza y/o violencia "Habbekrats" en Kortrijk, Bélgica. Cursando actualmente el Máster universitario en Psicología General Sanitaria en la Universidad de Murcia.

SERGIO CHACÓN

Psicólogo, Magister (c) en Psicología Social y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica de Chile, con 21 años de experiencia en ONGs, trabajando en temas de exclusión social y situación de vulnerabilidad (discapacidad psíquica, consumo problemático de drogas y privación de libertad). Docente en Programa de Drogodependencias en Universidad Central de Chile (Magister, Diplomado y Carrera Técnica). Autor de artículos, capítulos de libros y editor de publicaciones en los temas de interés (Drogas, Inclusión Laboral, Estigma, Salud mental y DDHH).

SI ESTÁS INTERESADO/A EN PARTICIPAR

Infonova N° 32 / Segundo semestre de 2017

Plazo para la recepción de colaboraciones: 10 de abril de 2017.

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 infonova@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.

