

Análisis de la demanda de tratamiento por cannabis desde la óptica del trabajo social en los centros de atención y seguimiento (CAS) a las drogodependencias

Analysis of the demand for treatment for cannabis from the standpoint of social work at drug addiction monitoring and care centres (CAS)

Tre Borràs Cabacés¹

ORCID: 0000-0002-4052-0938

Àlex Pérez Folch²

ORCID: 0000-0002-4607-2515

Antoni Llort Suárez³

ORCID: 0000-0002-9754-7453

Recepción: 17/10/19. Revisión: 11/12/19. Aceptación: 12/12/19

Para citar: Borràs Cabacés, T., Pérez Folch, À., y Llort Suárez, A. (2019). Análisis de la demanda de tratamiento por cannabis desde la óptica del trabajo social en los centros de atención y seguimiento (CAS) a las drogodependencias. *Revista de Treball Social*, 217, 119-138. DOI: 10.32061/RTS2019.217.06

Resumen

Los datos obtenidos en relación con las personas que piden deshabituación por cannabis en los centros especializados de tratamiento en el contexto europeo han reflejado un aumento notable en los últimos años. Con el objetivo de profundizar en esta realidad, hemos llevado a cabo un análisis desde la perspectiva del Trabajo Social ampliando aquellos aspectos sociales, personales y contextuales que permiten realizar una

1 Servicio de Adicciones y Salud Mental del Hospital Universitario Sant Joan de Reus (Plan de acción sobre drogas de Reus). tborras@grupsagessa.com

2 Servicio de Adicciones y Salud Mental del Hospital Universitario Sant Joan de Reus (Plan de acción sobre drogas de Reus). alex.perezf@urv.cat

3 Servicio de Adicciones y Salud Mental del Hospital Universitario Sant Joan de Reus (Plan de acción sobre drogas de Reus). allort@grupsagessa.com

lectura más profunda para no quedarnos solo con los aspectos puramente cuantitativos del fenómeno.

En este sentido se han explorado las demandas de tratamiento por cannabis de los años 2016 y 2017 en un análisis retrospectivo de las historias clínicas de Trabajo Social para describir los perfiles, las motivaciones, las causas y los condicionantes estructurales que influyen en la toma de decisiones a la hora de buscar tratamiento relacionado con el uso de cannabis.

Se ha observado que en el servicio solo el 18% del total de las demandas por cannabis son claras y específicas para esta sustancia. El resto son demandas relacionadas con situaciones coadyuvantes que motivan la demanda asistencial.

A partir de los resultados, se relacionan factores que hay que tener en cuenta a la hora de mejorar la comunicación y el registro de las demandas de tratamiento, así como para mejorar la respuesta preventiva o terapéutica a las personas que consumen cannabis.

Palabras clave: Demanda, tratamiento, cannabis, Trabajo Social, adicciones, servicios sociales especializados, centro de tratamiento ambulatorio.

Abstract

The data obtained in relation to people calling for treatment for cannabis in specialised centres within the European context has increased dramatically in recent years. With the aim of examining this reality in depth, we have carried out an analysis from the perspective of social work expanding on social, personal and contextual components that would make it possible to offer a more insightful reading rather than simply addressing the merely quantitative aspects of the phenomenon.

In this respect, demands for treatment for cannabis in 2016 and 2017 have been explored, conducting a retrospective analysis of social work clinical records in order to determine the profiles, motivations, causes and socio-cultural factors that influence decision-making when seeking treatment for the use of cannabis.

It has been observed that in our service only 18% of all demands owing to cannabis are clear and specific for this substance. The rest are demands relating to coexisting situations giving rise to the call for care.

Within the context of the findings observed, this article aims to improve the understanding of the phenomenon, record demands for treatment and, at the same time, improve prevention and/or the therapeutic response to people who use cannabis.

Keywords: Demand, treatment, cannabis, social work, addictions, specialist social services, day care treatment centre.

1. Introducción

En el ámbito europeo, el número de personas que piden deshabitación del cannabis en los centros especializados de tratamiento ha aumentado notablemente en los últimos años. Este hecho hay que analizarlo con cautela, puesto que el aumento de la demanda de tratamiento puede atribuirse a varios factores que pueden reflejar diferencias entre modelos de provisión de servicios y criterios de derivación y diagnóstico, además de las peculiaridades en los modelos legislativos de cada región o país. Estos factores pueden hacer que usuarios con un patrón de uso menos frecuente, no problemático, se incluyan en las listas de demandantes de deshabitación o que aparezcan demandas relacionadas con el uso del cannabis en las cuales el cannabis no tenga un rol central en la problemática de la persona. Este hecho facilita la alarma social y que la percepción del riesgo hacia la sustancia aumente de manera desproporcionada. Con este estudio pretendemos aproximarnos a la complejidad de la demanda de tratamiento y aclarar cuáles son los motivos de dicha situación, y también describir y destacar el rol del Trabajo Social en estos casos.

En 2004 el Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) publicó el informe “El problema del cannabis en su contexto: razones del aumento de las demandas de tratamiento”, en el que se analizan algunos factores que hay que tener en cuenta a la hora de estudiar el fenómeno y que a continuación resumimos en forma de pregunta:

¿Este aumento representa un número mayor de personas con problemas físicos y psicológicos relacionado con el consumo de cannabis? En caso afirmativo:

- ¿Se deriva de ello un aumento del consumo regular e intensivo?
- ¿Refleja otros factores como un posible aumento de la potencia del cannabis?
- ¿Se podría explicar también con indicadores independientes de estos últimos?:
 - ¿Mejoras en el sistema de notificación de las demandas de cannabis en los centros de tratamiento?
 - ¿Expansión de los tipos de servicios de tratamiento disponibles; en particular, los servicios específicos para adolescentes y jóvenes?
 - ¿Cambios en la manera de abordar el uso del cannabis de los sistemas penales, las escuelas u otros centros que trabajan con jóvenes, mandando a tratamiento a personas que de otra manera no accederían a estos tipos de servicios? (OEDT, 2004, p. 85).

Otro factor clave que podría influir en este aumento son los nuevos modelos de diagnóstico psiquiátrico como por ejemplo el DSM-V.⁴ Estos

⁴ *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (en inglés, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, abreviado DSM), editado por la Asociación Americana de Psiquiatría (en inglés, American Psychiatric Association, APA) en su quinta edición.

nuevos modelos pretenden equiparar el consumo de cannabis con el uso otras sustancias de características muy distintas como la cocaína y la heroína, ejemplificando y replicando así el modelo clásico de adicción como dolencia biológica. En el DSM-V, aparece por primera vez el síndrome de abstinencia por cannabis, inexistente en la versión anterior. En el fondo, este modelo diagnóstico promueve la idea que las personas con adicciones no solo están enfermas por el hecho de consumir sustancias, sino que además presentan una patología mental o cerebral asociada (Puerta y Pedrero, 2017).

Por otro lado, hay una serie de aspectos socioculturales que no se tienen en cuenta, sobre todo si solo nos fijamos en los grandes datos epidemiológicos, hecho que impide planificar y diseñar políticas adecuadas para intervenir de forma eficaz en un terreno muy complejo y cambiante. Esta visión sesgada, por “cuantitativista” perpetúa la invisibilidad de factores que impactan en la salud de manera flagrante: las cuestiones específicas de género, la clase social, el origen cultural, las subculturas urbanas, las políticas de salud pública, etc.

El tipo de investigación planteada en este estudio responde a las inquietudes y a la voluntad del equipo del Servicio de Adicciones y Salud Mental del Hospital Universitario de Reus (SAiSM-HUSJR) de discutir y cuestionar este tipo de paradigmas explicativos y abrir la posibilidad de debatir y proponer alternativas de intervención a través de la mirada que ofrece el Trabajo Social en los equipos interdisciplinarios de atención.

2. Datos epidemiológicos

2.1. Contexto europeo

Según el OEDT, se estima que 87,7 millones de europeos adultos (de 15 a 64 años, el 26,3% de este grupo de edad) han consumido cannabis en algún momento de su vida. De estos, se calcula que 17,1 millones de europeos jóvenes (entre 15 y 34 años, el 13,9% de este grupo de edad) consumieron cannabis el último año, 10 millones de los cuales tenían entre 15 y 24 años (17,7%). De los jóvenes entre 15 y 34 años, las tasas de prevalencia durante el último año oscilan entre el 3,3% en Rumanía y el 22% en Francia, mientras que en España hablamos del 17,1%. Entre los que consumieron esta sustancia durante el último año, la relación de hombres y mujeres fue de dos a una (OEDT, 2018, p. 43).

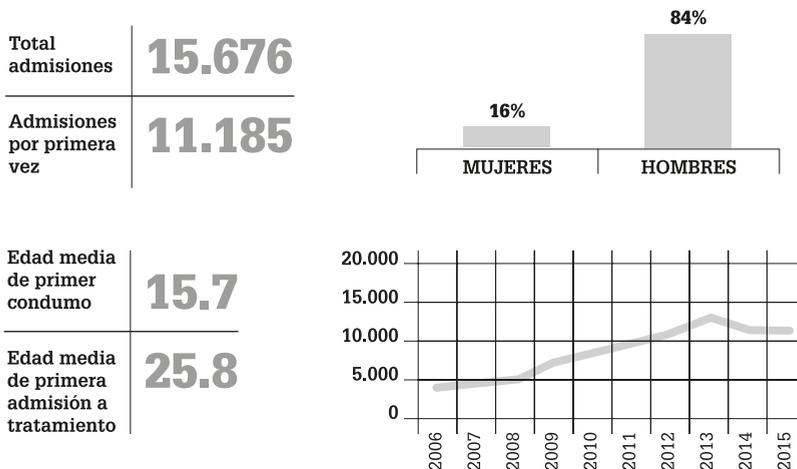
Los datos sobre las personas que reciben tratamiento por problemas con esta sustancia pueden aportar información sobre la naturaleza y el alcance del consumo de cannabis de alto riesgo en Europa cuando se analizan junto con otros indicadores. El número total de personas que iniciaron tratamiento por primera vez por problemas relacionados con el consumo de cannabis pasó de 43.000 en 2006 a 76.000 en 2015. Para el Observatorio Europeo hay muchos factores que pueden explicar este aumento; por ejemplo, una prevalencia más alta del consumo de esta sustancia entre

la población general, el aumento del número de personas que lo hacen de manera intensiva, la disponibilidad de productos de una potencia superior y el aumento de la derivación por tratamiento y de los niveles de asistencia (OEDT, 2018).

2.2. Contexto español

Según el indicador de admisiones a tratamiento del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) –con datos de 2016, Informe 2018–, el número total de admisiones a tratamiento fue de 47.308, 15.689 de los cuales (33,1%) por consumo de cannabis. En 2013 fue de 16.914, que significó la prevalencia más alta (34,5% del total); en 2014 fue de 16.478 (33,6%). En el año 2009, fecha que tomaremos como referencia retrospectiva, el número de admisiones a tratamiento por cannabis fue de 9.503, el 18,1% de las demandas totales. El número de admitidos a tratamiento por consumo de cannabis ha seguido una tendencia ascendente que, en los últimos años, ha sido muy pronunciada. Durante el 2013, el cannabis se convirtió en la sustancia ilegal responsable del mayor número de admisiones de personas sin tratamiento previo y superó por primera vez la cocaína. El aumento del peso del cannabis en el total de los admitidos en los centros de tratamiento se debe al incremento del número de personas que han ido a tratarse por primera vez; aunque, en menor medida, también se registra un aumento del número de admisiones entre las personas que han recibido tratamiento por esta sustancia con anterioridad.

Fig. 1. Evolución de los pacientes admitidos a tratamiento por cannabis en España



Fuente: Informe España (2018), OEDT.

Estas cifras son compatibles con el elevado peso que suponen las demandas de tratamiento por cannabis entre los menores de edad en España. Así, el 95% de todos los menores de 18 años que fueron a centros especializados por consumo de drogas en 2013, lo hicieron, aparentemente, por problemas con el consumo de cannabis. Este ascenso es coherente con la información procedente de otras fuentes de información del OEDA.

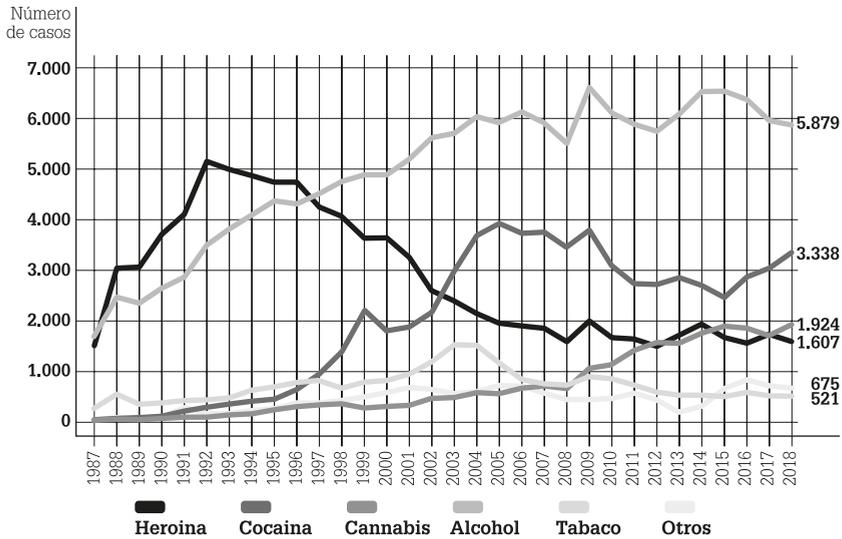
El perfil de los admitidos por cannabis en España (2016) es el de un hombre de 26 años que acude por primera vez por esta sustancia. Se acerca por iniciativa propia, por presión familiar o derivado de servicios legales, vive con la familia de origen, suele consumir la sustancia diariamente y consume otras, principalmente alcohol.

En 2013 el perfil del consumidor problemático de cannabis, según el Observatorio Español, era el de un hombre, soltero, de 32 años, que ha finalizado la enseñanza secundaria y trabaja o está en el paro habiendo trabajado antes. La mayoría (98,1%) consume sustancias legales, casi 1 de cada 5 (17,7%) consume sustancias ilegales, y cerca de 3 de cada 10 han probado nuevas sustancias psicoactivas. Este perfil es similar al observado en 2011 (OEDA, 2018).

En 2013 se estimó que el número de consumidores problemáticos / de riesgo de cannabis (CAST \geq 4) entre 15 y 64 años era de 687.233, cosa que representa el 2,2% de la población de 15 a 64 años (el 3,6% de los hombres y el 0,8% de las mujeres). Con el objetivo de ayudar en la detección de grupos y poblaciones de riesgo, resulta interesante estudiar los porcentajes que suponen estos consumos, no ya en la población total de cada categoría de edad, sino entre aquellos que han consumido en el último año. Así, el 25,0% (el 29,0% de los hombres y el 15,2% de las mujeres) de estos consumidores cumplen criterios de consumo problemático (OEDA, 2018).

2.3. Contexto en Cataluña

En Cataluña, las demandas de tratamiento por uso de cannabis en los CAS (centros de atención y seguimiento a las drogodependencias) han aumentado también sensiblemente y cuantitativamente desde el 2009. Según el Sistema de Información sobre Drogodependencias de Cataluña (SIDC), en 2009 se notificaron un total de 14.825 inicios de tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia a diferentes drogas, más de 1.000 demandas menos que en 2017, principalmente por consumo de alcohol (6.603 casos, 44,5% de los casos notificados), pero también por consumo de cocaína (3.779 casos, 25,5%), heroína (1.916 casos, 12,9%), tabaco (908 casos, 6,1%) y derivados del cannabis (1.069 casos, 7,2%) (SIDC, 2009). En el año 2017 el número de casos de inicio de tratamiento notificados en Cataluña por cannabis fueron de 1.705 (el 12,43% de la demanda total) (SIDC, 2018), y en 2018, de 1.924 casos (el 13,8% de la demanda total) (SIDC, 2019).

Fig. 2. Evolución anual del número de inicios de tratamiento en Cataluña según la sustancia principal que los motiva

Fuente: SIDC, 2019.

2.4. Contexto local. Servicio de Adicciones y Salud Mental del Hospital Universitario Sant Joan de Reus (SAiSM-HUSJR)

Durante el 2016 pidieron tratamiento por uso de cannabis al SAiSM-HUSJR 109 personas: 87 por diferentes demandas relacionadas con el uso de cannabis y 22 por multas relacionadas con su posesión, consumo en la vía pública o sancionadas por el DROGOTEST.⁵ En 2017 se registraron 53 demandas de tratamiento o deshabituación por cannabis, 5 por multas administrativas y 48 demandas por diferentes cuestiones relacionadas. Del total de las 53 demandas del 2017, 11 consistían en personas que ya habían iniciado tratamiento o habían hecho demandas en 2016.

Durante el 2009, para poder comparar con los datos presentados hasta ahora con los diferentes observatorios, se hicieron 86 demandas relacionadas con el uso del cannabis, 43 por deshabituación y 43 por multa. Hay que matizar en este punto que, a pesar de que en 2017 la cifra de admitidos a tratamiento por cannabis es menor, la tendencia desde el 2009 es claramente al alza.

⁵ Se trata de un aparato que funciona como un detector de sustancias estupefacientes o psicotrópicas como: anfetaminas, benzodiazepinas, cannabis, cocaína, MDMA, metanfetamina, otros opiáceos. El Drogotest solo detecta la presencia en el organismo de las sustancias mencionadas; es decir, el positivo o negativo, sin tener en cuenta en qué nivel se ha consumido, como pasa con las pruebas de alcoholemia, o si influye o no en la capacidad de conducir.

3. Breve historia y rol del Trabajo Social en el ámbito de las adicciones

El Trabajo Social es una de las ciencias sociales que estudia distintos aspectos de las personas, entendiendo el individuo como un ser que se relaciona en sociedad y busca el bienestar social (Barreto, 2017). Según la misma autora, desde el Trabajo Social se interviene en problemas que dan lugar a desequilibrios con el entorno social y a necesidades sociales, y usa los recursos existentes para buscar soluciones y producir cambios, fomentando la autonomía de la persona para que aprenda a movilizar sus propios recursos, a relacionarse mejor y sea capaz de modificar situaciones en el futuro.

Las funciones que el trabajador o la trabajadora social desarrollarán confluyen entre las múltiples y complejas relaciones interpersonales y sus diferentes ambientes o contextos. En el ámbito de las adicciones y la salud mental, el trabajador social deberá tener un conocimiento del fenómeno de las adicciones y de las circunstancias que pueden acompañar a las personas y las familias que las hagan más vulnerables por los problemas derivados del consumo. Por eso, los trabajadores sociales se convierten en agentes de cambio en la sociedad y en la vida de las personas, familias y comunidades para las cuales trabajan (Bravo y Díaz, 2013).

Desde el enfoque operativo de la implementación de la figura del trabajador social en los dispositivos de tratamiento de las adicciones, Ander-Egg (1972) considera que pueden observarse tres tipos de acciones:

- Acción preventiva: tiende a actuar sobre causas inmediatas o en la génesis de los problemas específicos para evitar la aparición o el surgimiento de los factores desencadenantes de estos problemas.
- Acción asistencial: procura satisfacer necesidades y resolver problemas asistiendo a quien, por un motivo u otro, sufre una situación de marginalidad o presenta carencias básicas en el entorno social.
- Acción rehabilitadora: procura la reinserción social de las personas afectadas una vez resuelto el problema e intenta evitar que se reproduzca.

Si nos centramos en el Trabajo Social en el ámbito de las adicciones, durante la década de los 80 se puso en marcha en el territorio español una estructura de respuesta basada en un modelo biopsicosocial, contrapuesto al modelo biologista que había imperado hasta el momento. Se crearon instituciones de carácter multidisciplinario, partiendo de la premisa que la adicción es un problema multicausal y que, por eso, debía abordarse desde distintas disciplinas vinculadas a este ámbito. El Trabajo Social está presente en muchos equipos profesionales y aportan una visión socializadora

de la problemática, imprescindible para la rehabilitación y la incorporación social de los sujetos afectados (Sixto-Costoya y Olivar, 2017).

Según Sixto-Costoya y Olivar, el Trabajo Social es una disciplina con una trayectoria de más de medio siglo. Textos como el de Tobin (1952) de la Universidad de Columbia Británica ya postulaban sobre el rol del trabajo social en el tratamiento de las adicciones, haciendo referencia a las variables contextuales relacionadas con los factores sociales como la familia, el trabajo y el grupo de iguales.

En España, el Trabajo Social en el campo de las adicciones está presente desde los inicios de la profesión y evoluciona hasta que consigue rango universitario en 1983 (Gutiérrez, 2007). Según el mismo autor, se puede definir el trabajo social en el ámbito de las adicciones como una:

forma especializada de Trabajo Social que, mediante un proceso de acompañamiento social, tiene por objetivo el estudio y abordaje de los factores sociales que pueden propiciar la aparición de conductas adictivas, contribuir a su mantenimiento o favorecer el abandono; reduciendo los factores de riesgo del contexto social e incrementando los recursos del sujeto de naturaleza interactiva y psicosocial (Gutiérrez, 2007, p. 184).

El Trabajo Social en el ámbito de las adicciones se lleva a cabo desde los servicios sociales especializados. Estos servicios son: centros de tratamiento ambulatorio (en Cataluña, CAS), comunidades terapéuticas, centros de día, pisos tutelados, talleres ocupacionales, unidades de desintoxicación hospitalaria, programas de mantenimiento con antagonistas opiáceos y unidades móviles.

Si nos centramos en las demandas de tratamiento por cannabis al SAiSM-HUSJR y las intervenciones que se llevan a cabo desde el Trabajo Social especializado, observamos que los datos epidemiológicos pueden ser muy útiles para orientarnos sobre la distribución o los factores determinantes en relación con la salud o problemas relacionados, pero nos aportan un tipo de información parcial que dificulta la profundización en aspectos de carácter personal, social o contextual. En este caso, es importante entender que para leer entre líneas o darnos cuenta de la complejidad de los fenómenos o determinantes sociales que afectan la salud no basta una única lectura cuantitativa sobre el número de demandas o inicios de tratamiento por cannabis. Por este motivo, destacamos la necesidad de acoger y recibir las demandas de todo tipo con una perspectiva lo suficientemente amplia e integradora de todos estos aspectos, como la del Trabajo Social entre otras disciplinas, puesto que permiten realizar una lectura cualitativa del fenómeno y al mismo tiempo –cuando sea necesario– iniciar un itinerario asistencial o terapéutico óptimo, situando a la persona interesada en el centro de la intervención y afrontando así la problemática determinada con las mejores garantías y respuestas adecuadas. Como afirma Colom (2012), los y las profesionales del Trabajo Social tienen que hacer una intervención a demanda de la persona o la familia y deben establecer tantas hipótesis diagnósticas como sea necesario.

Las personas que inician un tratamiento en el SAiSM-HUSJR realizan una primera entrevista con el equipo de enfermería y con el trabajador o la trabajadora social en la que se aclara la demanda y se inicia el abordaje de la situación o problemática presentada. Es en esta entrevista donde se decide qué perfil profesional es el más adecuado para acompañar al usuario en la primera fase del proceso psicoterapéutico. Los casos que acuden por una sanción administrativa pueden ser asumidos por el equipo de Trabajo Social o Educación Social, o pueden derivarse a otro profesional si se detecta alguna otra problemática asociada al consumo de sustancias que requiera otro tipo de intervención.

Por lo tanto, en un contexto en el que cada vez hay más demandas de atención, el papel del Trabajo Social es fundamental para redefinir y aclarar la problemática de los usuarios e intentar comprender qué motiva a las personas a acudir cada vez más a menudo a los servicios especializados por consumo de cannabis. Los instrumentos de trabajo para elaborar diagnósticos serán, pues, capitales en la práctica del trabajo social en el ámbito de la salud, puesto que permiten dimensionar los problemas personales de los pacientes, las condiciones familiares, los problemas laborales, las condiciones generales y de su familia o núcleo de convivencia (Colom, 2012).

En el SAiSM-HUSJR se sigue un protocolo psicosocial en las primeras visitas que se registra en la historia clínica del proceso asistencial para que los diferentes profesionales puedan acceder a él y recurrir a los datos primarios de carácter social de los usuarios o usuarias en caso de que sea necesario. Así pues, hay que valorar el rol del Trabajo Social en cuanto a la recogida, sistematización y tratamiento de los datos y al acompañamiento de la persona o familia en el itinerario de tratamiento más adecuado en el momento que se realiza la demanda.

La Carta de servicios de trabajo social sanitario (Institut Català de la Salut, 2013) pone de relieve la importancia de conseguir la vinculación y la adherencia de los pacientes y sus familias al tratamiento, y este es el objetivo de las primeras entrevistas: que el usuario se sienta escuchado, no juzgado, además de poder generar la confianza en un tipo de servicio, al cual muchas veces no acceden por voluntad propia. En muchos de los casos relacionados con el consumo de cannabis, no predomina una problemática de adicción, así que el tratamiento se convierte en una oportunidad para trabajar el desarrollo de habilidades sociales, de rehabilitación social y de conocimiento de los recursos de la comunidad, puesto que, en algunos casos, pueden presentar déficits en estos aspectos. La prescripción social de actividades de ocio, ocupacionales o rehabilitadoras son un buen ejemplo de ello. En situaciones sociales cada vez más complejas, como el envejecimiento de la población, la invisibilización de la mujer o la estigmatización de los jóvenes por el hecho de ser consumidores, el Trabajo Social en el campo de la salud se convierte en una pieza clave para poder gestionar las intervenciones adecuadas.

Según Wells, Kristman y Peavy (2013) los tratamientos son más efectivos cuando se dan en un sistema que puede ofrecer un apoyo am-

plio en las distintas vertientes del problema, adaptándose y cambiando las estrategias de intervención según las necesidades del paciente y la realidad cambiante de su contexto. Determinadas prácticas de Trabajo Social, como la transmisión de información basada en la experiencia de la lucha o incidencia política en defensa de grupos en riesgo de exclusión social, han sido identificadas como aplicaciones muy importantes para la mejora de la calidad de vida de los pacientes en el campo de la adicción.

Los profesionales del Trabajo Social están muy preparados para asumir estos roles ampliados y actuar como puente crítico entre los servicios generales y los específicos para las personas con problemas de adicción durante el proceso de integración, cosa que los convierte en proveedores de servicios de información y atención a organizaciones y estructuras que no están especializadas en el tratamiento de las adicciones. Para superar con éxito la brecha entre los servicios especializados y los generalistas, los trabajadores y las trabajadoras sociales tienen que incrementar sus habilidades y formación, lo que también les tiene que permitir convertirse progresivamente en una pieza clave para implementar tratamientos psicosociales basados en la evidencia, como pueden ser la entrevista motivacional, la terapia sistémica, el enfoque de refuerzo comunitario, la gestión de contingencias u otras prácticas y técnicas descritas por Wells et al. (2013) para poder optimizar de este modo el resultado de las intervenciones y el trabajo en red.

4. Objetivos y metodología

4.1. Objetivos de la investigación

Describir cualitativamente la demanda asistencial de las personas que buscan tratamiento relacionado con el uso de cannabis desde la perspectiva del Trabajo Social en el campo de las adicciones.

4.2. Metodología

La metodología para este estudio se ha basado en el análisis retrospectivo de carácter cualitativo de las historias clínicas sociales de las personas que han demandado tratamiento al SAiSM-HUSJR durante el 2016 ($n = 109$) y 2017 ($n = 34$). Mediante el vaciado de aspectos clave obtenidos de las historias clínicas electrónicas (HCE) consultadas, se ha elaborado una guía de observación centrada en el protocolo de anamnesis social de recogida de datos y especialmente en el motivo expresado de la demanda.

Durante la primera visita que lleva a cabo el trabajador o la trabajadora social del servicio se exploran, mediante una recogida de datos protocolizada, diferentes aspectos del usuario o usuaria: los antecedentes y las relaciones familiares, hechos vitales remarcables, aspectos formativos y laborales, opciones de ocio, antecedentes judiciales, vivienda, apoyo social, estado de salud, etc. Para determinar el alcance de la situación derivada

por el consumo de cannabis, se tienen en cuenta tanto las características de la sustancia, como la estructura psicosocial de la persona y también la idiosincrasia de su contexto.

Se ha recogido y analizado con más profundidad el apartado de la historia clínica social: “Quién acude a presentar el problema y motivo para iniciar el tratamiento”. Este segmento del protocolo de recogida de datos refleja muy bien cuáles son las habilidades y destrezas que el trabajador o trabajadora social tiene que desarrollar y dominar a la hora de captar, sintetizar y redirigir las distintas demandas de los usuarios.

Por otro lado, para ejemplificar la singularidad y las características que diferencian unas demandas de otras, se han extraído de las mismas HCE algunos fragmentos (los más ilustrativos) con el objetivo de ejemplificar cómo desde el Trabajo Social se lleva a cabo el tratamiento y el análisis de los datos que configurarán el itinerario terapéutico o asistencial de cada persona.

5. Resultados

Del total de inicios de tratamiento ($n = 143$) relacionados con el consumo de cannabis, 26 personas lo han hecho motivados por cuestiones relacionadas directamente con la deshabituación de la sustancia; el resto (117) presentan problemáticas no atribuibles directamente al consumo de cannabis a pesar de quedar registradas como tales.

5.1. Descripción de la muestra según sexo y edad

Durante los años 2016 y 2017 hicieron alguna demanda relacionada con el consumo de cannabis 143 personas, de las cuales 21 mujeres (14,8%) y 122 hombres (85,2%). La media de edad es de 26,8 años (27 años para los hombres y 23,8 años por las mujeres). El 54,5% de estos pacientes son nacidos entre el año 1993 y el 2002 (entre 15 y 24 años).

5.2. Demandas relacionadas directamente por consumo de cannabis

26 personas (5 mujeres y 21 hombres) –que representan el 18,1% del total ($n = 143$)– han hecho una demanda explícita y directamente relacionada con la deshabituación del cannabis sin otros problemas asociados significativos. De estas 26 personas, 14 (53,8%) llegan por iniciativa propia; 8 (30,7%), por iniciativa familiar o de la pareja; 3 (11,5%), derivados por el médico de atención primaria; 1 (3,8%), desde servicios sociales de atención primaria.

Las 26 demandas directas de tratamiento por consumo de cannabis se han desglosado en las siguientes categorías:

– Cuestiones relacionadas con el mundo laboral (obligación de realizar analíticas/controles de sustancias psicoactivas en el trabajo): 2 personas (7,6%).

“Acude derivado por el médico de cabecera por problemas de cannabis. IP (paciente identificado) considera que tiene un problema, dado que alguna vez afecta a su trabajo, también es cierto que sus horarios son un poco irregulares e imprevisibles. En algunos momentos le condiciona y querría poder fumar un día puntual, si pudiera. Desde la visita con la doctora de cabecera, ha disminuido el consumo. Explica que acude al servicio porque se da cuenta que abusa del THC⁶, piensa que podría rendir más en el trabajo, además tiene la posibilidad de promocionar y debe pasar un reconocimiento médico con analítica de orina. Lo ha hablado con su responsable y le han dicho que vaya reduciendo el consumo hasta dejarlo. También explica que bajo el efecto del consumo, hace cosas que después piensa que tendría que hacer de otro modo.”

– Ayuda para dejar el consumo de cannabis por fracaso en los intentos individuales: 9 personas (34,6%).

“Acude derivado por médico de atención primaria porque IP quiere dejar de fumar cannabis. Actualmente fuma unos 5-6 porros diarios, si tiene cannabis; casi no fuma tabaco, puede fumarse solo un cigarro por la mañana. Hace más de 6 años era consumidor de coca y alcohol, pero hace 6 años sufrió un accidente de moto importante y a partir de aquel momento no ha consumido más, pero sí que ha seguido fumando porros y a pesar de que ha habido temporadas de fumar 10, ahora fuma 5 y quiere erradicarlo. Pide dejar de consumir porros.”

– Problemas de consumo de cannabis asociado a problemas familiares o de socialización: 7 personas (26,9%).

“Viene IP acompañado de su madre, que se queda fuera. Refiere que su madre le ha pagado para que acuda al servicio. Refiere que en los últimos años ha estado dos días sin fumar. Dice que cuando ha estado sin fumar, al principio le ha entrado un poco de miedo por el hecho de no tener cannabis al alcance, puesto que siempre ha tenido. Su madre es muy anti «todo». IP refiere que antes no controlaba el consumo, entre los 16 y los 18 años. IP dice que su madre asocia su comportamiento [el de de IP] con la hierba. Demanda: Deshabitación.”

– Consumo de cannabis como forma de automedicación para combatir la ansiedad y conseguir estados de relajación: 7 personas (26,9%).

“Viene IP acompañada de su madre. IP fuma 5 porros al día desde hace cuatro años. IP ha ido aumentando el consumo. IP piensa que los porros le aportan tranquilidad. Cuando no fuma está más nerviosa, cuando fuma entonces se tranquiliza. Si no fuma, se pone de muy mala leche. En los últimos dos años, ha fumado cada día. IP se fuma el primer porro a las 11.30 h. IP dice que quiere dejar de fumar para ver bien a su madre. El padre quiere que los deje inmediatamente. IP dice que cuando tiene una preocupación no la comparte con nadie, a veces lo escribe en un papel y lo quema. IP piensa que si deja los porros las cosas cambiarán, pero su padre no cambiará. IP dice que siempre ha sido perezosa.”

6 También conocido como delta-9-tetrahidrocannabinol (Δ^9 -THC), es el principal constituyente psicoactivo del cannabis.

– Estado depresivo en el momento de iniciar el tratamiento: 1 persona (3,8%).

“Viene IP sola, dice que está muy nerviosa. IP refiere que fuma menos porros que la otra vez que vino, ahora fuma cuando termina las tareas diarias. IP estuvo 4 años sin consumir y ahora vuelve a consumir, fue un día que había bebido y consumió. Estuvo un tiempo que consumía cada día. Ahora intenta frenar, pero cuando lo hace «me siento muy mal, deprimida», la última vez fue hace una semana. IP dice que normalmente primero ha bebido alcohol pero no tiene por qué. IP cree que le falta mucha fuerza de voluntad para dejar de consumir, por eso ha venido al servicio.”

5.3. Demandas no relacionadas directamente con el consumo de cannabis

El resto de demandas de tratamiento y deshabituación ($n = 117$) o bien no han acudido al servicio, o no están relacionadas directamente con un consumo problemático de cannabis a pesar de que se han registrado como tales.

Estas demandas se han distribuido en las siguientes categorías:

– No acuden a la visita a pesar de haber hecho una primera demanda: 35 personas (29,9%).

– Acuden realizando una demanda de cannabis terapéutico para tratar malestares o problemas de salud: 2 (1,7%).

“IP acude acompañada de la hija, hacen demanda de prescripción de cannabis terapéutico por dolor osteoesquelético.”

– Han realizado una demanda relativa al cannabis pero el consumo activo y simultáneo de otras sustancias (alcohol y cocaína, y alcohol, cocaína y otras) predomina en su problemática de consumo: 4 (3,4%).

“Viene IP solo, refiere que «ahí está», comenta que no consume cada día pero que sí lo hace semanalmente. Le gustaría dejar los malos hábitos (dejar de consumir en casa solo, quiere reducir el consumo, y quiere consumir cuando él lo decida). IP refiere que consume más en Reus que en Menorca. Consume tanto estando solo como acompañado, depende de la compañía. Consume *speed* y alcohol, a veces primero alcohol y después *speed*, pero no tiene por qué ser así.”

– Se ha considerado que existe alguna patología mental grave que predomina sobre su demanda relativa al uso de cannabis: 9 (7,6%).

“Viene IP acompañado de su pareja. Llega un poco tarde, porque, según cuenta, ha ido al bar a buscar comida. IP refiere que consume cocaína y marihuana. No tiene más visitas en el Centro de Salud Mental (CSM), lo han derivado al servicio. IP dice que se siente «como una mierda». IP refiere que los porros son lo que le tranquiliza. Tiene la casa destrozada de los golpes que ha dado, últimamente se controla más. IP se queja que la medicación que le han dado lo altera todavía más. IP refiere que se levanta alterado, con ganas de bronca. IP refiere que ha estado encerrado en casa 5 años para evitar que lo encuentre la policía. Dice que la pareja ha tardado un año en convencerlo. IP refiere que cuando sale a la calle siente que lo persiguen, esto le pasa desde hace años, unos 10 o 15.”

– Acuden estrictamente en relación con una multa por tenencia de sustancias, 2 de los cuales por Drogotest: 19 (16,2%).

“IP refiere que le pusieron otra multa de Drogotest. IP refiere que no está «enganchado» a la marihuana. Ahora fuma ocasionalmente.”

– Acude al servicio a raíz de una multa por tenencia y desde el trabajo social se decide que lo más adecuado es una intervención de tipo psicoterapéutico: 8 (6,8%).

“IP solo. Refiere que también quiere hacer tratamiento, puesto que viene por la multa pero dice que está consumiendo desde hace tiempo. IP refiere que tiene miedos, desde que le agredieron el 21 de septiembre. Ha pedido hora con un psicólogo. IP dice que está desanimado, se junta con la gente y se deja manipular.”

– Cuestiones relacionadas con justicia juvenil. Es decir, puede haber consumo de cannabis, pero lo que se aborda son problemas de diversa índole (familiar, relacional...) que han provocado que el joven tenga problemas con la justicia: 7 (5,9%).

“IP quiere reducir el consumo de cannabis, la derivación la hace justicia juvenil, pero IP comenta que fue él quien comentó que quiere reducir el consumo de THC.”

– Mujeres embarazadas que piden asesoramiento para disminuir daños y riesgos durante el embarazo: 2 (1,7%).

“IP acudió a mediados del mes de junio indicando que estaba embarazada de 6 meses. Que había ido al médico varias veces pero siempre le habían dicho que eran cólicos, dolor de barriga... Manifiesta que el padre es una antigua pareja, que vive con él y que quieren tirar adelante... que ella en todo momento ha dicho en el hospital que como que no sabía que estaba embarazada había consumido «esporádicamente». Pocos días después, la pareja se rompe y ella marcha a vivir con los padres... desde entonces ha ido viniendo.”

– Demandas realizadas por padres/madres sin la presencia y la implicación del paciente. Asesoramiento familiar: 3 (2,5%).

“Acuden el padre y la madre. Refieren que empezó a fumar marihuana a los 18-19 años. Refieren que los 15 euros que le daban eran, presuntamente, para fumar. La madre lo define como no implicado en los estudios. Dice que tiene poca tolerancia a la frustración y la madre dice que está rebotado con ella. La madre dice que posiblemente han insistido demasiado en que estudiara y que IP no quería estudiar. Demanda: Deshabitación.”

– Demanda de tratamiento por cuestiones relacionadas con la justicia penal, tráfico, accidentes o juicios: 6 (5,1%).

“IP está haciendo seguimiento con justicia juvenil. IP hace seguimiento una vez a la semana en Salou. IP tiene dos medidas judiciales, de seis meses. Si la primera medida le va bien, la segunda no la tendrá que cumplir. Fue una pelea que tuvieron, lanzaban cosas. IP dice que él no tuvo nada que ver. Refiere venir obligado y no cree que le podamos ayudar, excepto en el tema judicial. Cree que hacerse pruebas de sustancias

le puede ayudar. Le digo que esto tiene que comentarlo en las visitas de seguimiento. Al final de la entrevista se le ve más confiado.”

– Demanda de intervenciones de deshabituación relacionadas con problemas de salud (epilepsia): 2 (1,7%)

“IP tiene claro que quiere dejar de fumar cannabis, se inició con los amigos, ha tenido temporadas de más consumo, una de las temporadas ya tenía la «obsesión» de fumar cada día, ahora actualmente se fuma uno antes de ir a la cama, durante el día no acostumbra a fumar porque sabe que por la noche se fumará uno y se quedará tranquilo. Comenta que cuando queda con los amigos fuma más, IP se da cuenta de ello, pero él dice que le gusta consumir con los amigos. Comenta que se lo pasa bien fumando, y le gusta y dice que por eso le cuesta tanto dejarlo. IP quiere dejar el consumo y hacerlo solo esporádicamente, comenta que ha tenido diferentes ataques epilépticos y comenta que ha ido disminuyendo el consumo. Comenta que está ansioso durante el día hasta que llega el momento de fumar.”

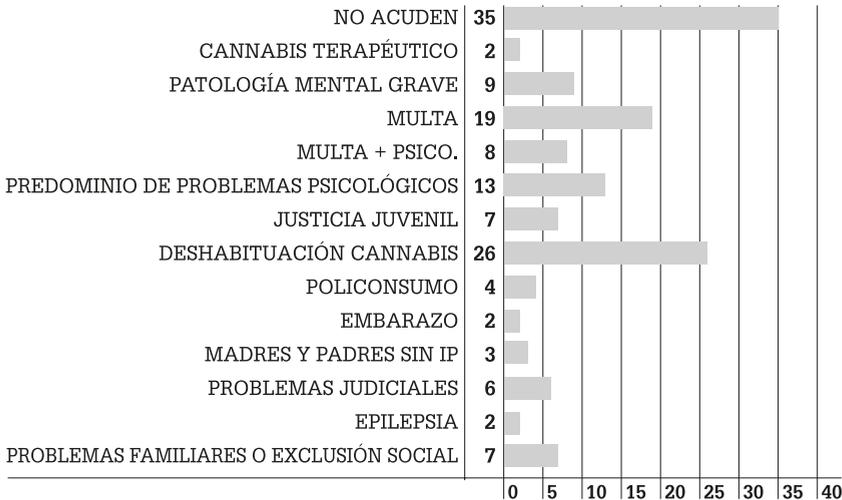
– Demanda de tratamiento por problemas familiares o de pareja (duelo no elaborado, familiares con psicopatología, conflictos relacionales, problemas económicos): 7 (5,9%).

“Viene IP acompañado del padre y la madre. Los padres dicen que IP fuma desde hace años. IP dice que dejará de fumar cada día, porque él quiere. La madre refiere que está muy preocupada porque le falta dinero. Sus padres dicen que sus amistades no le gustan. El padre llora cuando refiere que IP fuma. La madre dice que ella quiere una planta de marihuana para hacer ungüento para el brazo e IP dice que la quiere para fumar y para pasar –se ve que vende marihuana–. IP se define como hiperactivo. Los padres dicen que desde hace un tiempo está más nervioso. La familia dice que en el pueblo se dice que fuma mucho. Dicen que su hermana le «mete caña», le dicen que tiene que dejar de fumar y beber. Su hermana también está preocupada, que se saque el carné de conducir.”

– Predominio de diferentes problemas psicológicos (ansiedad, nerviosismo, trastornos alimentación, heteroagresividad, autoagresividad, impulsividad, conductas disruptivas, depresión, alteración del estado de ánimo, irritabilidad, extrañamiento): 13 (11,1%).

“IP solo. IP refiere que tiene ansiedad, refiere que ha intentado dejar los porros por sí mismo anteriormente, ahora fuma unos 2 al día y antes fumaba 25. IP dice que está todo el día mal, suda... se encuentra mal. Dice que ha plantado marihuana y se lo ha fumado todo. IP dice que se siente muy nervioso y que cree que está a punto de explotar. IP dice que nadie le puede decir nada, que está a punto de explotar. IP está muy angustiado. IP dice que tiene mucha ansiedad, nervios.”

Fig. 3. Distribución de los motivos de la demanda relacionada directamente o indirectamente con el consumo de cannabis $n=143$



Fuente: Datos de la memoria del SAiSM-HUSJR (2017-2018), documento interno inédito.

6. Conclusiones

Después del análisis de las historias sociales y clínicas de todas las demandas de tratamiento al SAiSM-HUSJR, solo el 18% son demandas claras y específicas de deshabituación del cannabis. El 82% restante son demandas relacionadas con situaciones coadyuvantes con un peso más importante en la problemática presentada que el solo hecho de consumir cannabis, como se ha detallado en el apartado de resultados.

La tendencia al alza de las demandas de tratamiento por cannabis observadas por los distintos observatorios y sistemas de información (europeo, español y catalán), coincide con los datos obtenidos en el SAiSM-HUSJR, a pesar de que a nivel local no se ha notificado una tendencia al alza tan acusada como en el resto de sistemas de notificación. Esta diferencia puede explicarse por una imprecisión a la hora de categorizar las demandas, puesto que muchas problemáticas de causalidad múltiple relacionadas con el uso de cannabis directamente e indirectamente pueden haber terminado en un “cajón de sastre”. En este sentido habría que plantear la revisión de los sistemas de notificación, diagnóstico, tratamiento y derivación actuales para poder aclarar y clasificar mejor las demandas relacionadas con el consumo de cannabis.

Otro aspecto que hay que considerar de cara a la identificación de la muestra tiene relación con los diagnósticos clínicos. Cualquier cambio en las clasificaciones diagnósticas, como ha sucedido con el DSM-V, de los llamados trastornos relacionados con sustancias es relevante, porque pue-

de alterar notablemente los datos de prevalencia. Este diagnóstico tiene no solo implicaciones clínicas sino también legales (por ejemplo, para el cumplimiento de cuestiones judiciales) y, de cara al tratamiento, los cambios pueden significar que estadísticamente más personas sean susceptibles de ponerse en tratamiento; por ejemplo, fumadores de tabaco, bebedores de alcohol o, como es el caso, consumidores de cannabis (Becoña, 2014).

En cuanto a los itinerarios asistenciales –tanto para los que manifiestan un deseo expresado de deshabituarse del cannabis como para los que no–, se requiere de una ordenación que, la fase de toma de contacto o puerta de entrada, permita a un equipo de expertos de la atención social capaces de detectar e interpretar correctamente el sentido de la demanda hacer una valoración detallada de las necesidades de la persona que llega a los servicios especializados y así poder dar una respuesta más adecuada.

Hay que destacar que la segunda causa de acceso a los centros de tratamiento por cannabis son las multas administrativas impuestas por los cuerpos policiales en referencia a la Ley de seguridad ciudadana. La respuesta punitiva que, como agentes sociocomunitarios, se está dando al fenómeno de uso del cannabis es cuestionable. El hecho de imponer una sanción administrativa, sin ninguna medida educativa que lo acompañe, no resuelve ni se aproxima al abordaje complejo que el fenómeno necesita. Se han identificado algunos casos en los que algunas personas, después de haber sido sancionadas, buscan en el ámbito sanitario (por el hecho de ponerse en tratamiento) el eximente de la sanción económica, hecho que solo es posible para los menores de edad (antes de la Ley 4/2015 de seguridad ciudadana era posible para todos los grupos de edad).

Hay que incorporar la perspectiva de la existencia de un consumo no problemático de sustancias y potenciar la investigación sobre los mecanismos de autogestión positiva, para poder orientar a las personas hacia posibles líneas de intervención relacionadas con el paradigma de reducción de daños y riesgos. También tendríamos que considerar que muchas de las problemáticas asociadas al cannabis son de carácter legal y que por lo tanto hay que tener en cuenta todas aquellas propuestas de regulación que planteen alternativas al statu quo actual.

A pesar de que las sustancias (no solo el cannabis) protagonizan mayoritariamente la atención especializada, lo que motiva, en muchos casos, la demanda de tratamiento son otros factores relacionales, de contexto o personales. En este sentido, se pone de relieve el papel que los servicios especializados en el campo de las adicciones tienen también a la hora de detectar e intervenir en las problemáticas relacionadas con la salud mental, factores sociales y de salud en sentido amplio.

Se valora el bagaje del Trabajo Social en el campo de las adicciones, presente en los centros de tratamiento desde el inicio. Es un elemento clave para aclarar y vehicular las demandas y acompañar tanto a los usuarios como a los profesionales que pueden intervenir en un proceso de cambio efectivo.

Referencias bibliográficas

- Ander-Egg, E. (1972). *El trabajo social como acción liberadora*. Buenos Aires: Editorial Humanitas.
- Bravo, D., y Díaz, Y. (2013). *La intervención del trabajo social en las adicciones dentro del programa juego responsable* (Tesis de grado). Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina. Recuperado de <https://bdigital.uncu.edu.ar/6566>
- Becoña, E. (2014). Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. *Cuadernos Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. Revista Iberoamericana de Psicología*, 110, 58-61. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4803011.pdf>
- Barreto Pico, M. A. (2017). Papel del trabajador social en las adicciones. *Dominio de las Ciencias*, 3(4), 310-326. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6174481.pdf>
- Colom Masfret, D. (2012). *El diagnóstico social sanitario*. Barcelona: Editorial UOC.
- Gutiérrez, A. (2007). *Drogodependencias y Trabajo Social*. Madrid: Ediciones Académicas.
- Institut Català de la Salut (2013). Carta de serveis de treball social sanitari. Recuperado de: <https://treballsocialsanitariics.files.wordpress.com/2013/06/carta-serveis-ts.pdf>
- Ley orgánica 4/2015, de 15 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 31 de marzo de 2015, núm. 77.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2018). Informe 2018. Resumen ejecutivo. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones. Recuperado de: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2018_Informe_Resumen_ejecutivo.pdf
- Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (2018). España. Informe sobre drogas 2018. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. Recuperado de: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/internacional/pdf/InformeDrogasEspana2018_CDR2018Espanol.pdf
- Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (2004). El problema del cannabis en su contexto: razones del aumento de las demandas de tratamiento. En *Informe anual 2004: el problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega*. Recuperado de: <http://ar2004.emcdda.europa.eu/es/page001-es.html>

- Montanari, L., Guarita, B., Mounteney, J., Zipfel, N., y Simon, R. (2017). Cannabis use among people entering Drug Treatment in Europe: A growing Phenomenon? *Euro Addict Res*, 23(3), 113-121. Recuperado de: <https://www.karger.com/Article/FullText/475810>
- Puerta, C., y Pedrero, E. (2017, 2 de mayo). La falacia de la adicción como enfermedad cerebral. Recuperado de: <http://www.lasdrogas.info/opiniones/452/la-falacia-de-la-adiccion-como-enfermedad-cerebral.html>
- Sistema de Información sobre Drogodependencias de Cataluña (2009). SIDC Informe anual 2009. Barcelona: Agencia de Salud Pública de Cataluña, Subdirección General de Drogodependencias, Generalitat de Catalunya. Recuperado de: http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/docs/anual__2009.pdf
- Sistema de Información sobre Drogodependencias de Cataluña (2016). SIDC Informe anual 2016. Barcelona: Agencia de Salud Pública de Cataluña, Subdirección General de Drogodependencias, Generalitat de Catalunya. Recuperado de: <http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/docs/SIDC-Informe-anual-2016-rev-09-05-2018-b.pdf>
- Sistema de Información sobre Drogodependencias de Cataluña (2018). SIDC Informe anual 2017. Barcelona: Agencia de Salud Pública de Cataluña, Subdirección General de Drogodependencias, Generalitat de Catalunya. Recuperado de: http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/docs/SIDC-Informe-2017-FINAL_181022.pdf
- Sistema de Información sobre Drogodependencias de Cataluña (2019). SIDC Informe anual 2018. Barcelona: Agencia de Salud Pública de Cataluña, Subdirección General de Drogodependencias, Generalitat de Catalunya. Recuperado de: http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/docs/Informe_2018_SIDC_ok.pdf
- Sixto-Costoya, A., y Olivar Arroyo, Á. (2017). Educación social y trabajo social en adicciones: recuperar el territorio cooperando. *RES, revista de Educación Social*, 26, 141-158.
- Tobin, J. (1952). *Drug addiction: the role of social work in its recognition and treatment*. Vancouver: University of British Columbia.
- Wells, E., Kristman-Valente, A., y Peavy, M. (2013). Social workers and delivery of evidence-based psychosocial treatments for substance use disorders. *Social Work Public Health*, 28(0), 279-301.