



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

TRABAJO FIN DE GRADO:

UN ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE PERCEPCIONES Y PROBLEMAS PERCIBIDOS DE JÓVENES QUE ASISTEN A UNA ASOCIACIÓN DE AYUDA A DROGODEPENDIENTES EN PALENCIA

AUTORA: SARA SERNA VIAN

TUTOR: ALFONSO MARQUINA MÁRQUEZ

CURSO: 4º

CURSO ACADÉMICO: 2018/19

FECHA DE ENTREGA: 17 de junio de 2019

INDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	6
OBJETIVOS	8
OBJETIVO GENERAL	8
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	9
MARCO CONCEPTUAL Y MODELOS TEÓRICOS EN DROGODEPENDENCIA.....	9
PRINCIPALES SUSTANCIAS PSICOACTIVAS CONSUMIDAS POR LOS JÓVENES	11
ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS EN ESPAÑA	16
<i>Evolución de la admisión a tratamiento</i>	<i>17</i>
<i>Jóvenes y admisión a tratamiento: evolución y principal sustancia psicoactiva.....</i>	<i>21</i>
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS ADICCIONES EN JÓVENES.....	22
ADICCIONES Y SALUD: IMPACTO PSICOSOCIAL EN JÓVENES.....	23
FACTORES DE RIESGO.....	26
MODELOS DE INTERVENCIÓN EN ADICCIONES A JÓVENES.....	31
NECESIDADES TERAPÉUTICAS DE JÓVENES DROGODEPENDIENTES	33
METODOLOGÍA	35
ANÁLISIS DE RESULTADOS	37
HISTORIA DE CONSUMO	37
FACTORES DE RIESGO.....	39
IMPACTO PSICOSOCIAL.....	41
RESPUESTAS NO INSTITUCIONALES.....	42
PROPUESTAS DE MEJORA.....	43
DISCUSIÓN.....	45
CONCLUSIONES E IMPORTANCIA DEL TRABAJO SOCIAL EN LA INTERVENCIÓN CON ADICCIONES EN JÓVENES	47
BIBLIOGRAFÍA	49
ANEXO 1	54
ANEXO 2	58

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	18
Gráfico 2	19
Gráfico 3	20
Gráfico 4	21
Gráfico 5	26

INDICE DE IMAGEN

Imagen 1	31
----------------	----

GRÁFICO DE TABLA

Tabla 1	35
---------------	----

ABREVIATURAS

ACLAD: Asociación Castellano y Leonesa de ayuda al drogodependiente

OMS: Organización Mundial de la Salud

EDADES: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España

ESTUDES: Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias

EMCDDA: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

ENA: Estrategia Nacional de Drogas

OEDA: Observatorio Español de Drogas y Adicciones

THC: tetrahidrocannabino.

MDMA: metilendioximetanfetamina

M-CPP: meta-clorfenilpiperazina

LSD: dietilamida del ácido lisérgico

PCF: Programa Competencia Familiar

CADS: Centros de asistencia ambulatoria a drogodependientes

UTA: Unidades para el Tratamiento del alcoholismo

NIDA: National Institute on Drug Abuse

SAITCyL: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías de Castilla y León

RESUMEN

El uso de sustancias actualmente está relacionado con consumo recreativo o "de ocio", además a lo largo de estos últimos años se ha ido produciendo una normalización y banalización de este, considerándolo en muchas ocasiones como una forma de entrada en la vida adulta. Ante estas circunstancias y el adelantamiento de la edad de inicio que está sucediendo, este trabajo tiene como objetivo conocer las diferentes problemáticas que se desarrollan en los jóvenes con adicciones, así como los factores de riesgo que están implicados en el inicio del consumo. Para ello, se ha realizado una investigación cualitativa de jóvenes que acuden a una asociación de ayuda a drogodependientes (ACLAD) en Palencia. Los resultados obtenidos muestran que la baja percepción de riesgo y el grupo de iguales se presentan como los principales factores de riesgo, mientras que la pérdida y deterioro de relaciones, empeoramiento de los resultados académicos y absentismo escolar se muestran como las problemáticas sociales a las que se han tenido que enfrentar debido al consumo de sustancias. Ante estas circunstancias los trabajadores sociales debemos ser referentes en la ayuda al usuario y en el acompañamiento a lo largo de todo el proceso de desintoxicación y reinserción social.

Palabras clave:

Drogodependencia, jóvenes, consumo, sustancias psicoactivas y factores de riesgo.

Abstract:

The use of substances is currently related to recreational or "leisure" consumption, and in recent years there has been a normalization and trivialization of this, often considering it as a form of entry into adult life. Given these circumstances and the earlier age of onset that is happening, this work aims to know the different problems that develop in young people with addictions, as well as the risk factors that are involved in the onset of consumption. To this end, qualitative research has been carried out on young people who come to an association to help drug addicts (ACLAD) in Palencia. The results obtained show that the low perception of risk and the peer group are presented as the main risk factors, while the loss and deterioration of relationships, worsening academic results and school absenteeism are shown as social problems that have had to face due to substance use. In these circumstances, social workers must be referents in the help to the user and in the accompaniment throughout the whole process of detoxification and social reinsertion.

Key words:

Drug dependence, young people, consumption, psychoactive substances and risk factors.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Desde que comenzaron las políticas sobre drogas en España, a mediados de los años ochenta, el perfil de los consumidores ha sufrido numerosos cambios. Desde esa época hasta principios de la década de los noventa, la sustancia que causaba más problemática social era la heroína, el perfil de las personas que la consumían presentaban una situación de marginalidad, acrecentada en muchas ocasiones por la comisión de delitos para costearse la heroína. Además, a estas situaciones había que añadir las patologías infecciosas que padecían como consecuencia del consumo de esta sustancia, destacaban la infección por VIH y SIDA, afectaban sobre todo a los que consumían por vía parenteral.

El perfil de las personas que consumían sustancias experimenta un cambio a mediados de los noventa, los consumidores de heroína disminuyen, pero aumenta el número de consumidores de cannabis y de cocaína en polvo (“crack”). También surge en esta época, el “consumo recreativo”, es decir el consumo simultáneo de varias sustancias. Además, se empieza a consumir en los espacios de ocio, comienza a ser visible en diferentes estilos de vida de toda la población, lo que acaba generando una “normalización”, algo muy diferente al consumo de la heroína en la década anterior. Para los jóvenes este consumo empieza a ser considerado como una entrada en la vida adulta, compatibilizándolo con estilos de vida integrados.

Entre el año 2000 y 2008, cuando se desarrolla la primera Estrategia Nacional sobre Drogas, el consumo de drogas por vía parenteral disminuye, aunque en los usuarios consumidores por esta vía continúan presentando altos niveles de infecciones por VIH y hepatitis, si bien han disminuido los nuevos diagnósticos de VIH en esta población. En estos años parece descender el consumo de cannabis y cocaína; también han descendido las muertes directamente relacionadas con las drogas ilegales; así como parece estabilizarse el consumo de heroína, aunque incrementó su consumo por vía pulmonar (Plan Municipal de Drogodependencias de Palencia, 2015).

Actualmente se está percibiendo un aumento en los consumos de riesgo en algunas sustancias sobre todo en jóvenes, unido a un nivel bajo de percepción del riesgo en el consumo de drogas y una “normalización” y banalización de su consumo. Además, se presenta un policonsumo y una aparición de nuevas sustancias psicoactivas según la

Un estudio cualitativo sobre percepciones y problemas percibidos de jóvenes que asisten a una asociación de ayuda a drogodependientes en Palencia

Estrategia Nacional de Drogas (ENA) de 2017. En cuanto a la sustancia ilegal más consumida, el cannabis, los datos de 2016 muestran que su consumo en los estudiantes españoles es más alto que la media obtenida en el Proyecto Europeo de Encuestas Escolares sobre el Alcohol y Otras Drogas en 35 países, según el European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).

Y aunque por lo general las conductas de riesgo y el consumo de sustancias suelen desaparecer con el crecimiento, no podemos minimizar los riesgos que estas conductas pueden ocasionar. Por ello, la finalidad de este trabajo es conocer los factores, problemas y necesidades de los jóvenes con algún tipo de adicción, necesarios para desarrollar estrategias de intervención para reducir los riesgos y evitar que estas conductas se cronifiquen o deriven en problemas más graves.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de este trabajo es explorar la problemática de los jóvenes con adicciones a sustancias psicoactivas en la ciudad de Palencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar el nivel de percepciones de riesgo que muestran los jóvenes con adicciones.
- Estudiar los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de consumir algún tipo de sustancia.
- Explorar los consecuencias y problemas más comunes de los jóvenes drogodependientes.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Marco conceptual y modelos teóricos en drogodependencia

El concepto de droga para la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace referencia a toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del Sistema Nervioso Central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

El consumo de sustancias supone una conducta compleja que puede alcanzar varias etapas, desde el *uso* entendido como un consumo de la sustancia que no produce consecuencias negativas en el individuo (Martínez, 2012), pasando por el *abuso* que, para Ortiz de Zarate et al., (2011) es un patrón desadaptativo de consumo de sustancias psicoactivas que conlleva un deterioro clínicamente significativo y repetido. Este patrón se manifiesta durante al menos un mes, y no indica necesariamente una dependencia, dado que, a diferencia de esta, no requiere de la presencia de tolerancia, ni síndrome de abstinencia, pero sí existen consecuencias dañinas por su consumo.

Por último, el concepto de *dependencia*, lo define la OMS como un síndrome caracterizado por un comportamiento dirigido prioritariamente a la obtención de una sustancia psicoactiva determinada, en detrimento de otros comportamientos más necesarios e importantes. Existen tres tipos de dependencia:

- Dependencia física
- Dependencia psíquica
- Dependencia social

Para entender las diferentes conductas complejas entre las que se encuentra el consumo de sustancias se van a revisar algunas de las teorías consideradas más importantes (Martínez, 2012; Villarreal, 2009; Laespada et al., 2004):

➤ Teorías cognitivo-afectivas

La Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1975), fue un modelo que no se diseñó particularmente para explicar el consumo de sustancias, aunque ha sido uno de los más divulgados. Explica las influencias más directas que intervienen en el consumo, como pueden ser las expectativas, las creencias, la información, la actitud y las variables relacionadas con la cognición social, las cuales actúan de manera más directa que la familia o el grupo de iguales (Martínez, 2012). El objetivo de la teoría es predecir la conducta desde dos variables, la actitud del sujeto hacia el consumo y las normas subjetivas sobre el mismo, la primera viene dada por las consecuencias que los jóvenes esperan del consumo, si percibe más beneficios que costes, tendrá una actitud más positiva hacia el consumo de sustancias, y en cuanto a las normas subjetivas, vienen definidas por la sensación que tiene el joven de que otras personas importantes para él aprueben y esperen su consumo de sustancias. Estos dos elementos no tienen la misma relevancia para todas las personas (Laespada et al., 2004).

➤ Teorías del aprendizaje social

La Teoría del aprendizaje social (Bandura, 1986) denominada también teoría cognitiva social, se basa en el aprendizaje, la persona y su cognición, así como los aspectos del ambiente en los que se desarrolla la conducta (Villarreal, 2009). Además, la teoría tiene como concepto central la autoeficacia, elemento primordial para la adquirir, mantener y cambiar una conducta y es entendida como la percepción de un individuo sobre su capacidad de actuar (Martínez, 2012).

➤ Teorías del apego social

El Modelo de Desarrollo social de Catalano y Hawkins (1996), es una teoría de la conducta humana que plantea que la desvinculación social, familiar, escolar y religiosa advierte la aparición de impulsos y conductas desviadas. El consumo y otras conductas desviadas puede deberse a una débil vinculación con los elementos convencionales,

para esta teoría los procesos que llevan a conductas prosociales o antisociales son análogos (Martínez, 2012).

➤ Teorías en las que las características intrapersonales juegan un papel esencial

Laespada et al., (2004) exponen el modelo explicativo que Kaplan diseñó sobre la conducta desviada conocida como Teoría del autorrechazo, la cual también se puede aplicar al consumo de drogas, basándose sobre todo en el concepto de autoestima. Para el autor la conducta desviada se debe a una necesidad autocompensatoria del individuo ante una baja autovaloración, la cual se origina por experiencias sociales negativas que le afectan a su autoestima. Así, el individuo se va alejando de la fuente de su malestar buscando opciones para recuperar su autoestima, acercándose al consumo de sustancias o amigos con conductas desviadas, lo que puede provocar que el individuo vaya adoptando dichas conductas.

Principales sustancias psicoactivas consumidas por los jóvenes

Una vez conocidas las principales teorías que explican el consumo de drogas en jóvenes, y los principales conceptos de este campo de conocimiento, se van a exponer las diferentes sustancias psicoactivas que más se consumen (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; Comité Francés de Educación para la Salud (CFES)- Misión Interministerial de Lucha contra la Droga y la Toxicomanía (MILDT), 2000):

– Alcohol

Según el informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) del año 2018 el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida por los estudiantes de 14 a 18 años, aunque se mantiene un descenso del consumo desde el 2012. Se trata de una sustancia depresora del Sistema Nervioso, que afecta a la capacidad de autocontrol, provocando euforia y desinhibición en un principio, lo que hace que se confunda con un estimulante.

Tiene como componente principal el alcohol etílico o etanol, aunque su concentración varía dependiendo de la elaboración. Hay dos tipos de bebidas alcohólicas:

- Fermentadas: aquellas con una graduación entre 4 y 15 grados, producidas por la fermentación de los azúcares de frutas o de cereales.
- Destiladas: tienen una mayor aglutinación de alcohol que las fermentadas, ya que son el resultado de su destilación.

– Tabaco:

El tabaco es la segunda sustancia más consumida, es considerada una droga estimulante para el Sistema Nervioso, debido a uno de sus componentes, la nicotina, provoca una gran capacidad adictiva.

Según EDADES (Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España) 2017, en el 2016, el 38,5% de los estudiantes fumó tabaco alguna vez en la vida, el 34,7% en el último año, y el 27,3% en los últimos 30 días.

Entre los tóxicos que se originan al fumar, destacan por su peligrosidad y las enfermedades que causan, los siguientes:

- Alquitrans: causante de numerosos tipos de cáncer.
- Monóxido de carbono: contribuye a la aparición de enfermedades cardiovasculares.
- Irritantes: responsable de enfermedades respiratorias.
- Nicotina: es la causa principal de la dependencia al tabaco.

– Cannabis:

Es una droga que se extrae de una planta llamada *Cannabis sativa*, de la cual se utilizan tanto la resina, las hojas, los tallos y las flores para elaborar las sustancias psicoactivas, siendo el principio activo responsable de los efectos THC (tetrahidrocannabinol).

Esta puede aparecer en diversos aspectos:

- Hachís: se obtiene principalmente de la resina acumulada en las flores de la planta, contiene una cantidad de THC entre 15 y 50%.
- Marihuana: se elabora con la trituration de los tallos secos, hojas y flores, con una concentración de THC ente 1 y 5%.
- Aceite de hachís: se trata de la resina de hachís disuelta y concentrada, contiene la mayor cantidad de principio activo, aunque su consumo está en desuso.

Tanto el hachís como la marihuana se fuma mezclándose con tabaco normalmente, liado como un cigarro, se les llama “porros”, “canutos”, etc. Mientras que el aceite si se consume es en pipa.

Actualmente, la droga ilegal que más se consume en España es el cannabis, siendo la cocaína quien ocupa el segundo lugar.

– Cocaína:

Se trata de una droga psicoestimulante que se obtiene de las hojas del arbusto llamado *Erythroxylum coca*, siendo el resultado de la preparación de las hojas de coca dejadas secar. En muchas ocasiones es cortada o adulterada con otras sustancias, lo que aumenta los riesgos y provoca efectos desconocidos según la interacción entre sustancias que utilizan.

Hay diferentes formas en las que se puede consumir:

- Cocaína en polvo o clorhidrato de cocaína: es el aspecto habitual en el que se consume, siendo esnifada, aunque en ocasiones también se inyecta, a veces mezclándola con heroína, recibe el nombre de speed-ball.
- Basuko o pasta de coca: se corresponde con el sulfato de cocaína y se fuma junto con tabaco o marihuana.
- Crack o cocaína base: su vía de consumo es fumada.

– Heroína:

Se trata de una droga sintetizada a partir de la morfina, que a su vez deriva del opio, obtenido de la planta *Papaver somniferum*, conocida como adormidera.

Se presenta normalmente como un polvo blanco, aunque puede ser mezclada con otras sustancias. Las formas de consumo de la heroína son varias, se puede fumar, inyectar o esnifar.

– Drogas de síntesis:

Se corresponde con el nombre que reciben un grupo de sustancias elaboradas por síntesis química.

- Éxtasis: conocido también como MDMA (*metilendioxitimetanfetamina*), deriva de las anfetaminas, se consume por vía oral, en forma de pastilla, tableta o cápsula. También puede aparecer en forma de polvo o de roca, siendo conocido como “cristal”.
- Metanfetamina: deriva de la anfetamina, pero con efectos más potentes en el sistema nervioso. Se puede consumir por diferentes vías, oral, inhalada, fumada o inyectada.
Tiene un efecto estimulante en las personas, aumentando la actividad de estas, disminuyendo el apetito y generando una sensación de bienestar.
Según EDADES el consumo de metanfetaminas en el año 2017 en población de 15 a 64 años se establece en un 1,2%, es la primera vez desde 2011 que se supera el 1,0%. En los individuos de 25 a 34 años, el porcentaje aumenta casi hasta un 2,0%.
- Éxtasis líquido: se trata de un depresor del sistema nervioso central. Se le conoce con el nombre de éxtasis líquido, aunque sus efectos nada tienen que ver con el éxtasis; pueden provocar somnolencia, alucinaciones, ideas delirantes, etc.
Según EDADES 2017, el consumo de esta sustancia se ha mantenido estable con un porcentaje inferior al 1,0% entre toda la población.

Un estudio cualitativo sobre percepciones y problemas percibidos de jóvenes que asisten a una asociación de ayuda a drogodependientes en Palencia

- Polvo de ángel o PCP: el PCP, polvo de ángel o fenciclina es un polvo blanco, que se puede presentar en varias formas ya sea tabletas, cápsulas y polvos, y se consume inhalada, fumada o por vía oral.

Entre los efectos que provoca, están algunos como el bloqueo de la capacidad de concentrarse y el pensamiento lógico, afectando a los pensamientos, el estado anímico y la percepción. Algunos consumidores de esta sustancia perciben sentimientos de euforia, y por el contrario otros el pánico.

- Ketamina: se trata de un anestésico veterinario, que provoca efectos alucinógenos y estados de analgesia. Las formas en las que se puede encontrar para consumo son varias, líquido, cristales, pastillas, polvo o cápsulas. Según el Ministerio de Sanidad y Consumo (2007) “es una sustancia muy peligrosa que puede provocar ansiedad, paranoia, y paros respiratorio y cardíaco, e incluso consumos mínimos pueden producir sobredosis” (p.66).
- Poppers: son sustancias incluidas dentro de los inhalantes, cuando se consumen producen un efecto estimulante, algo que desaparece rápidamente dando paso a una sensación de agotamiento.
- M-CPP: se trata de la *meta-clorfenilpiperazina*, con efectos estimulantes y alucinógenos, en cuanto a su presentación se puede encontrar en comprimidos con diferentes logos de moda, o en polvo adulterado con otras sustancias.

Otras drogas:

- LSD o dietilamida del ácido lisérgico: droga que se obtiene del hongo parásito del centeno, se trata de un alucinógeno potente que provoca alucinaciones, delirios, cambios emocionales intensos, etc. Se presenta en tabletas, cápsulas o sellos de papel y se consume por vía oral.
- Setas: se puede presentar en polvo, cápsulas o bolsas para oler y se consume a través de la vía oral. Sus efectos son alucinógenos.
- Sustancias volátiles: se trata de colas, pegamentos y gasolina, por lo que se puede presentar en sprays, barras y líquido. La vía de administración es la inhalación de vapores y provoca efectos como la euforia o la confusión

– Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos:

Dentro se incluyen muchas sustancias que tienen efectos depresores para el Sistema Nervioso Central.

Se diferencian tres tipos:

- Benzodiazepinas: medicamento con efectos ansiolíticos, hipnótico y relajante muscular; se usa como tratamiento para: ansiedad, insomnio, esquizofrenia, etc.
- Barbitúricos: psicofármaco que produce altos niveles de sedación, también provocan alteraciones en el estado de ánimo. Los barbitúricos han sido reemplazados por las benzodiazepinas, pues son más seguras.
- Sustancias tipo barbitúricos.

La dependencia a estas sustancias ocupa un lugar especial dentro de las adicciones por su uso en la psiquiatría. Presentan un doble efecto, pues por un lado tratan la ansiedad y el insomnio, mientras que, por otro, tienen un gran poder adictivo, por ello hay discordancia definiendo, diagnosticando y tratando este tipo de dependencia, a lo que hay que añadir que son síntomas presentes en drogodependencias tanto la ansiedad como el insomnio (Ortiz de Zárate et al., 2011).

[Atención a las drogodependencias en España](#)

Evolución general de la asistencia en drogodependencias

Los autores Becoña y Martín (2004) han realizado una síntesis de cómo evolucionó la asistencia en drogodependencias, la cual apareció a comienzos de la década de los ochenta, ligada en la mayoría de las ocasiones a la iniciativa social, conocidas con el nombre de “granjas”, se correspondían con comunidades terapéuticas, autosuficientes y normalmente en un entorno rural. Más adelante surgieron programas locales de carácter ambulatorio, y posteriormente, a principios de los noventa surgieron otro tipo de recursos, como son los centros de día, unidades de desintoxicación hospitalaria, etc.

siendo uno de los cambios más importantes, los programas de Reducción de Daños y Riesgos.

La demanda asistencial se ha visto modificada a lo largo de los años, anteriormente estaba únicamente dirigida a la heroína con usuarios que presentaban cierta marginación social, lo que, con el pase de los años y el aumento del consumo de diferentes sustancias, la respuesta asistencial se ha visto en la obligación de fragmentarse.

También han ido evolucionando los perfiles de los consumidores y los tipos de sustancias consumidas, como veremos más adelante, lo que ha ido generando un desarrollo de los programas de tratamiento que se llevan a cabo. Además, los programas han tenido que ir adaptándose a las diferentes realidades, como son los jóvenes consumidores de sustancias (Becoña y Martín, 2004).

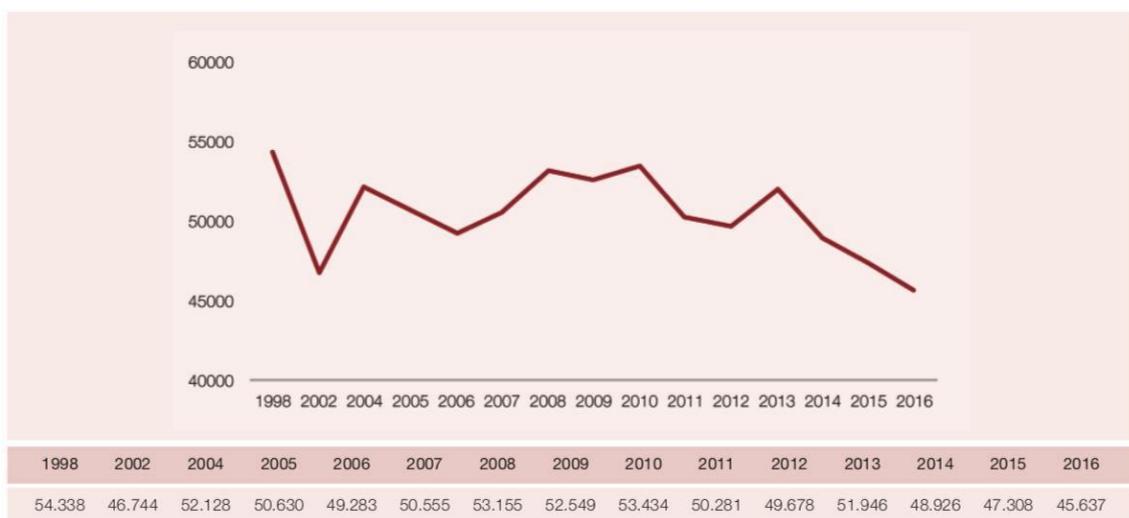
Evolución de la admisión a tratamiento

Admisión a tratamiento

El informe sobre alcohol, tabaco y drogas ilegales en España (2018) muestra que en el año 2016 el número de admisiones a tratamiento por adicciones a alguna sustancia psicoactiva en este país (excluyendo alcohol y tabaco) descendió un 4% respecto al número correspondiente a 2015, también lo hicieron las admisiones por primera vez en la vida. Los datos correspondientes al número de admisiones a tratamiento por drogas ilegales se pueden observar en el Gráfico 1, el cual muestra la evolución desde 1998 hasta 2016, observándose los altibajos a lo largo de los años, y la disminución que se viene dando desde el año 2013 en la admisión a tratamiento por drogas ilegales. Notándose sobre todo el gran descenso que hubo desde 1998 hasta 2002.

Un estudio cualitativo sobre percepciones y problemas percibidos de jóvenes que asisten a una asociación de ayuda a drogodependientes en Palencia

Gráfico 1: Número de admisiones a tratamiento por drogas ilegales en España, 1998-2016.



Fuente: Informe sobre alcohol, tabaco y drogas ilegales en (OEDA), 2018.

Admisión por tipo de droga

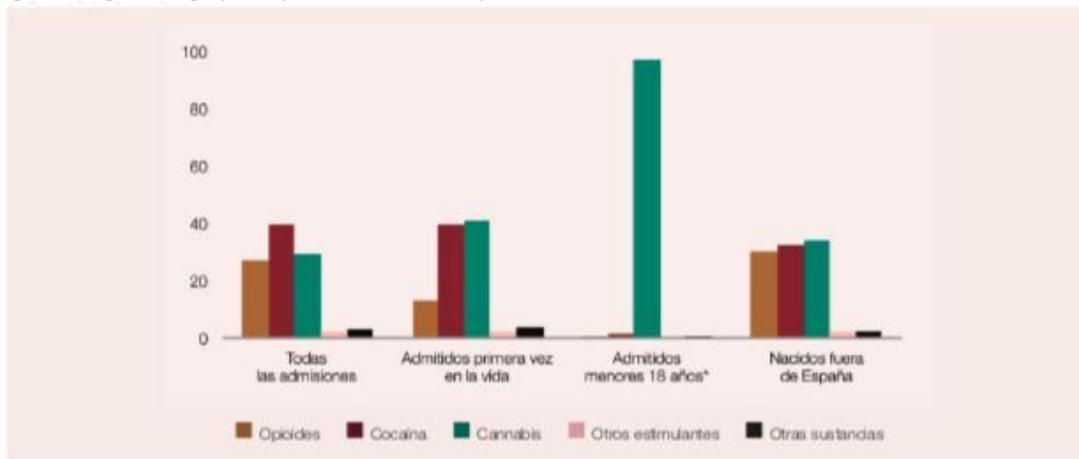
La evolución por tipología de droga ha ido variando bastante a lo largo de los años, en el caso de la heroína el número de admitidos fue de 10.807 en 2016, cantidad que lleva descendiendo desde 2010. Por otro lado, la cifra de primeras admisiones a tratamiento por consumir cocaína aumentó desde 1991 hasta 2005, cuando alcanzó su máxima, posteriormente esta cantidad ha ido descendiendo hasta 2012, aunque en estos últimos años los datos muestran un ligero aumento de la cantidad de primeras admisiones a tratamiento por consumo de cocaína.

Siguiendo con la evolución por tipología de sustancia, el alcohol supuso un 36,9% de las admisiones a tratamiento, la cual ha mantenido una estabilidad desde 2008, además hay que destacar que esta sustancia está presente en la mayoría de las personas con policonsumo. Siendo la cocaína la sustancia ilegal que más admisiones a tratamiento supone, después se sitúa el cannabis, y posteriormente los opioides.

El siguiente gráfico muestra estos resultados, en las categorías planteadas se puede observar como los consumidores de cocaína, el cannabis y los opioides suponen las mayores admisiones, y por otro lado también es destacable el porcentaje de admitidos por consumo de cannabis en menores de 18 años.

Un estudio cualitativo sobre percepciones y problemas percibidos de jóvenes que asisten a una asociación de ayuda a drogodependientes en Palencia

Gráfico 2: Porcentaje de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas ilegales, según droga principal, sin alcohol. España, 2016.



Fuente: Informe sobre alcohol, tabaco y drogas ilegales en España (OEDA), 2018.

Las admisiones por dependencia a hipnosedantes se mantuvieron estables de 2014 a 2016, aunque en los datos de ese último año se muestra un ascenso, conformándose un total de 1.105 personas en tratamiento. Por el contrario, la cantidad de admitidos a tratamiento por consumo éxtasis ha ido sufriendo bajadas y subidas a lo largo de los años, siendo 2002 el año que mostró el mayor valor, aunque hasta ahora se ha ido estabilizando. Por otro lado, las admisiones por consumo de anfetaminas han ido adquiriendo una mayor presencia, siendo 2016 el año que más consumidores se admitieron, una cantidad total de 699 personas.

Por último, las admisiones por consumo de cannabis ascendieron hasta 2013, siendo 2012 el año en que esta sustancia causó más admisiones por primera vez, superando a la cocaína, no obstante, aunque posteriormente hubo un descenso de 2014 a 2016 el cannabis continúa siendo la principal sustancia que causa más admisiones a tratamiento por primera vez (OEDA, 2018).

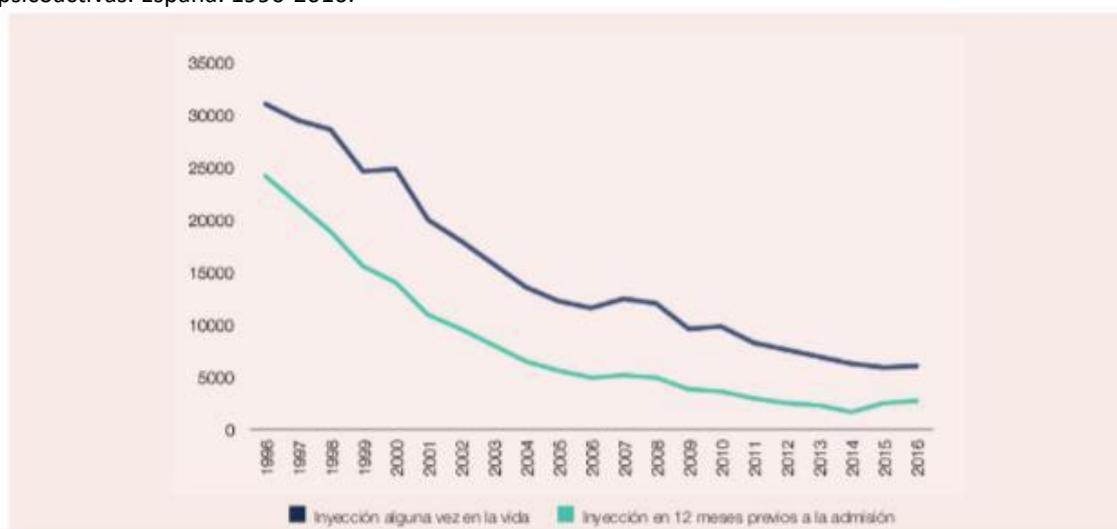
Nivel de estudios

La evolución por nivel de estudios en los consumidores ha ido transformando, con los últimos datos (2016) se observa que los pacientes con consumo de heroína habían acabado los estudios primarios, mientras que en el caso de los pacientes con consumo de cannabis y cocaína una gran parte había completado estudios secundarios, diferencias que también se producen en la situación laboral (Informe OEDA, 2018).

Vía de administración

En cuanto a la evolución en las vías de administración se puede observar que los consumidores por vía inyectada han ido descendiendo desde la década de los noventa, siendo el año 2015 cuando se obtuvo el menor número de admisiones con el consumo por vía inyectada (OEDA, 2018), estos datos se pueden percibir en el siguiente gráfico el cual muestra de una manera muy clara la disminución de inyectores admitidos en España desde 1996 hasta 2016.

Gráfico 3: Número de inyectores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas. España. 1996-2016.



Fuente: Informe sobre alcohol, tabaco y drogas ilegales en (OEDA), 2018.

Además, desde 2002 se viene produciendo un descenso la cantidad de personas que reciben tratamiento de sustitución de opioides, lo que demuestra el declive de consumidores de heroína (EMCDEA, 2018).

Grupos de edad

El Informe del OEDA (2018) presenta que a lo largo de los años el perfil de los usuarios de tratamiento ha ido evolucionando, la edad media en la admisión ha ido adquiriendo un ascenso, estableciéndose en los 35 años, aunque en el caso de las primeras veces de admisión se corresponde a los 32; los hipnosedantes constituyen la droga donde se presenta la mayor media de edad, y el cannabis la inferior.

Jóvenes y admisión a tratamiento: evolución y principal sustancia psicoactiva

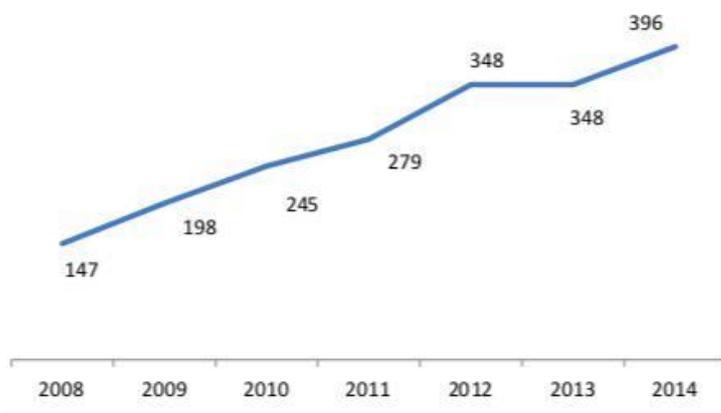
En relación con la evolución de la admisión a tratamiento de los jóvenes prácticamente no hay información para poder conocer esta parte de la realidad, los únicos datos que se han podido recabar se corresponden con el cannabis.

El cannabis es la primera sustancia ilegal que provoca más admisiones por primera vez, sobre todo en los menores de 18 años donde supone más de un 96% de admisiones. El consumo de cannabis ha incrementado hasta 2013, hasta el punto de que en 2012 resultó la droga que más admisiones a tratamiento causó por primera vez. El VII Plan de Drogas de Castilla y León (2017) señala que:

“Entre 2008 y 2014, el peso de los tratamientos por esta droga sobre el total de las admisiones a tratamiento por consumo de drogas ilegales se ha incrementado en un 292%, pasando de representar el 7,3% en 2008 al 28,6% en 2014. El perfil del consumidor de cannabis en tratamiento es el de un varón (87,4%), con una edad media de 27,4 años y que se inicia en el consumo problemático a los 18,2 años. Los menores de edad representan el 9,3% de los pacientes en tratamiento por consumo de cannabis como droga principal. (p.37)”.

Los datos sobre el aumento en la admisión por consumo de cannabis se pueden observar de una manera muy clara en el Gráfico 4, el cual hace una evolución desde 2008 hasta 2014, años en los que se multiplica su consumo.

Gráfico 4: Evolución del número de admisiones a tratamiento por consumo de cannabis en Castilla y León



Fuente: VII Plan de Drogas de Castilla y León (2017).

Perfil sociodemográfico de las adicciones en jóvenes

En el apartado anterior se ha presentado la evolución de la admisión a tratamiento, así como numerosas variables que se dan en la admisión, es este punto se va a desarrollar cómo es el perfil de los jóvenes que han acudido en 2018 a programas de prevención indicada de Castilla y León según la Junta de Castilla y León (2018). Estos programas dan respuesta educativa y terapéutica a jóvenes de entre 12 y 21 años que muestran abuso de drogas, problemas de inadaptación, problemas de autocontrol y trastornos del comportamiento.

De los 668 casos intervenidos, en la mayoría de ellos la valoración fue requerida por la familia o tutor (40,3%), después un 31,6% por el adolescente y la familia, un 23,7% por otros agentes, y únicamente un 4,5% fueron los propios jóvenes quienes lo solicitaron.

En cuanto al perfil de los jóvenes atendidos la mayoría eran hombres, un 80,2% y menores de edad (77,4%), siendo la edad media de los admitidos de 16,3 años tanto en hombres como en mujeres. La edad media de inicio en el consumo de sustancias era similar en ambos sexos, 14,2 años comenzando el consumo problemático alrededor de los 15,2 años.

La convivencia habitual de las personas incluidas en estos programas es en familia, un 47,6%, o con padres separados/divorciados, un 33,1%, y un 7,6% en centros residenciales, sobre todo el sexo femenino; de los 51 casos que viven en centro residencial, 11 de estos son centros de menores en protección.

En cuanto al ámbito escolar el 82,8% estudiaba en el momento en el que ingreso en el programa, sobre todo las mujeres y los menores de edad, un 12,0% ni estudiaba ni trabajaba, se trataba más de hombres que de mujeres. El fracaso escolar observado era la situación más frecuente en un 32, 2%, posteriormente una buena adaptación y un 21,7% presentaba absentismo escolar. El fracaso escolar, así como el absentismo es más frecuente en mujeres que en hombres.

En las relaciones familiares de los admitidos en los programas, están presentes en un 33,4% los conflictos familiares, en segundo lugar y sobre todo los chicos, muestran una

adecuada adaptación (19,6%), y un 17,7% tiene problemas de disciplina; sobre todo en el caso de los menores quienes desarrollan más conflictos, problemas de disciplina, dificultades de comunicación y agresividad. Por otro lado, y algo que llama la atención es que sólo el 43,6% de las familias se han implicado totalmente, con lo cual según el informe de los programas de prevención indicada de 2018 hay que trabajar para conseguir desarrollar una mayor colaboración por parte de las familias.

La adaptación social de los jóvenes, en la mayoría de los casos era adecuada, en concreto en un 45,7%, seguidas por conductas antisociales (32,2%), y aislamiento, un 16,0% de los individuos admitidos en los programas. Por otro lado, un 18,0% de las personas que formaban parte de estos presentaban trastornos mentales estabilizados, y con tratamiento farmacológico un 11,8%. Es destacable que en un 39,5% de los jóvenes incluidos en los programas de prevención indicada había antecedentes familiares en el consumo de sustancias, sobre todo en el caso de las mujeres, este hecho se presentaba en un 43,9%, y en el caso de los chicos una cifra menor, un 38,4%.

En cuanto a la sustancia principal por la que acudían a estos programas era en un 32,9% por el cannabis, seguido por el alcohol, con un 6,4%. En lo referido a la frecuencia de consumo, un 45,1% de los consumidores reseñaba hacerlo todos los días, el 21,1% entre 2 y 3 días a la semana, el 12% entre 4 y 6, el 9,7% un día y el 9,9% menos de un día a la semana. Por último, el policonsumo representa una cifra de 59,1% estando más presente en las chicas y en los menores de edad, sobre todo se combina cannabis y tabaco, seguido de estas dos sustancias más alcohol (Junta de Castilla y León, 2018).

Adicciones y salud: impacto psicosocial en jóvenes

Es muy difícil establecer las consecuencias que supone para el desarrollo de un adolescente el consumo de sustancias, ya que está relacionado con numerosos factores de riesgo que también influyen en él (Alfonso et al., 2009), hay estudios que determinan que el consumo de sustancias está relacionado con el abandono escolar, depresión o

problemas conductuales, aunque es muy complicado saber si se trata de consecuencias o de precedentes del consumo.

El impacto del consumo de sustancias durante la adolescencia puede ser tanto físico como psicológico, a continuación, se presentarán las principales consecuencias derivadas del consumo de sustancias en jóvenes:

Rendimiento escolar

Muchos estudios muestran que hay una relación entre los factores escolares y el consumo de drogas en adolescentes, hay algunos que avalan que el fracaso escolar aumenta la probabilidad de consumir sustancias, mientras que otros plantean que el consumo disminuye el rendimiento escolar, pero el uso de drogas impulsado por el grupo de iguales también puede provocar además del consumo, el absentismo, mala conducta, etc., afectando de manera negativa al rendimiento escolar. De la misma forma, considera que ante los problemas escolares muchos se refugian en el consumo de drogas y en grupos con bajo rendimiento. Lo que demuestra que la relación o dirección de estas dos causas no está clara (Villanueva, 2017; Bachman, 2008).

Problemas familiares, relacionales y sociales

A parte de problemas de salud en los consumidores de sustancias, también su consumo se relaciona con diversos problemas como son familiares, escolares, laborales, económicos y sociales, los cuales no sólo afectan al individuo que consume, sino que también repercute en otras personas (Sarasa-Renedo et al., 2014). El 3,4% de la población de 15 a 34 años ha sufrido alguna vez peleas, problemas con familiares, con amigos etc.; aunque este porcentaje aumenta hasta un 38% entre lo que han consumido alucinógenos, entre los consumidores de hipnosedantes la cifra se sitúa en 14,5% y en un 11,3% en los consumidores de cannabis (EDADES, 2017).

Conductas antisociales

El consumo de sustancias aparte de generar problemas de salud puede potenciar actitudes de violencia doméstica y de género, además de abusos familiares o sociales. Según Muñoz-Rivas et al., (2010) los adolescentes que consumen con mayor frecuencia presentan más conductas agresivas a sus parejas, ya sean físicas o sexuales. Hecho que pone de manifiesto que es importante desarrollar estrategias que aborden todas las conductas de riesgo; ya que los comportamientos suelen estar interrelacionados entre sí.

Enfermedades y trastornos psicológicos

Cuando el consumo de sustancias alcanza la fase de dependencia ya se puede considerar una enfermedad, en la que el individuo de manera periódica o crónica está intoxicado, se desarrolla una compulsión cuando ingiere alguna droga, y le resulta muy complicado dejar de consumir. Además de la enfermedad en sí misma, su consumo tiene una relación directa con enfermedades cardiovasculares, neoplásicas, hepáticas, mentales y neurológicas (Plan Municipal de Drogodependencias de Palencia, 2015). Entre los problemas de salud mental que puede provocar el consumo de sustancias en la mayoría de los casos se trata de depresión, ansiedad o esquizofrenia, además su consumo afecta a obtener peores resultados en el tratamiento de estos trastornos (Sarasa-Renedo et al., 2014).

Urgencias hospitalarias

Este indicador hace referencia al número anual de episodios de urgencia que se desarrollan por el consumo de sustancias psicoactivas. En 2017 en Castilla y León se registraron 918 episodios por consumo de drogas no institucionalizadas de los cuales el grupo de 18 a 35 años representa el 37,8% de ellos, y los menores de edad, el 4,9% (SAITCyL, 2017).

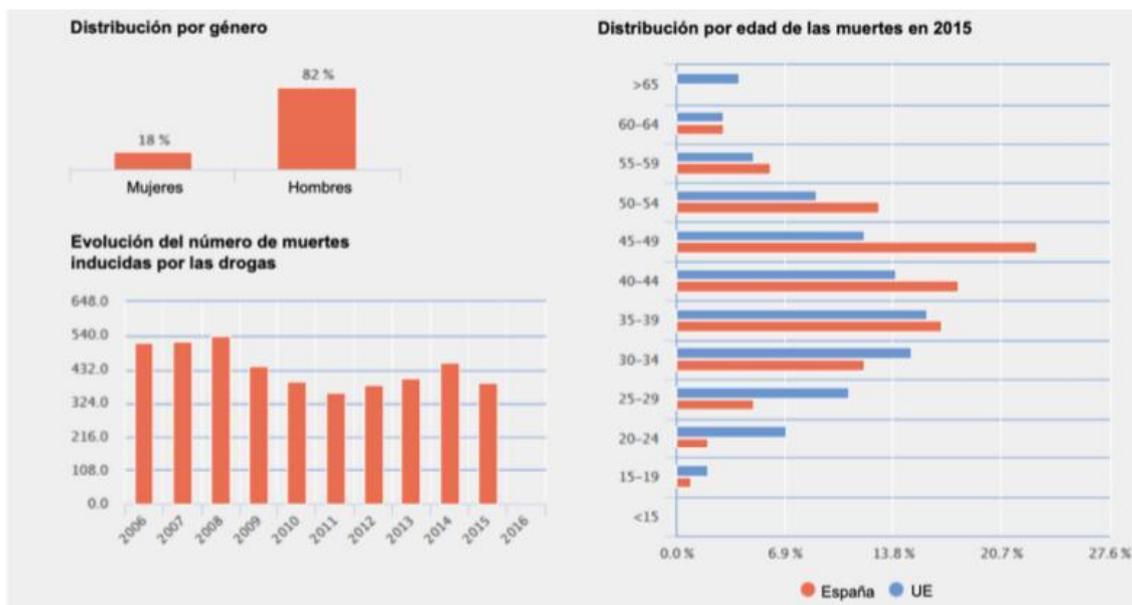
Fallecimiento por intoxicación y sobredosis

Existe una relación entre fallecimiento y el consumo de sustancias ilícitas (intoxicaciones y sobredosis). La tasa de mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas ha

Un estudio cualitativo sobre percepciones y problemas percibidos de jóvenes que asisten a una asociación de ayuda a drogodependientes en Palencia

disminuido, pero aún así en la mayoría de los casos de defunción sucedieron en hombres con más de 40 años, aunque en el caso del consumo de heroína 4 de cada 100 en consumidores de entre 18 y 30 años acaba en fallecimiento. Además, según los resultados la muerte entre usuarios de cocaína y heroína es mayor que la de la población general (EMCDA, 2017).

Gráfico 5: Características y tendencias de las muertes inducidas por drogas en España



Fuente: EMCDA (2017).

Como se puede observar en el Gráfico 5 y como decíamos anteriormente, el porcentaje de fallecimientos en hombres es mucho mayor que en mujeres, y sobre todo entre los 40 y los 49, donde los fallecimientos en España inducidos por sustancias muestran un número más amplio que en Europa. Y, por último, en cuanto a la evolución se percibe que hay cierta bajada con respecto al año anterior.

Factores de riesgo

Para la prevención, así como para conocer la realidad del consumo es fundamental analizar los factores de riesgo, lo que Clayton (1992; citado en García, 2003) definió como una característica individual, condición situacional o contexto ambiental que

aumenta la probabilidad del consumo de drogas. A continuación, se expondrán los factores de riesgo que más aparecen en la literatura:

Factores de riesgo de la comunidad o ambientales:

Asociación de las drogas con el ocio

Fernández (2010) hace un repaso de diferentes estudios y establece que el consumo de los jóvenes viene unido al ocio, los fines de semana y la fiesta, lo cual está configurado como un espacio en el que el individuo se libera de las obligaciones y las responsabilidades. El desarrollo de estas conductas está muy relacionado con la reducción del control de los progenitores en los adolescentes y con el aumento de tiempo que estos pasan con sus amigos, y menos en familia y solos, y, además, a los lugares a los que acceden amplían la posibilidad de consumir sustancias.

Aprobación social

El alcohol es una sustancia totalmente aceptada en la sociedad, y en numerosos sitios como la televisión o la prensa muestran imágenes bebiendo y se acepta publicidad de estas sustancias, en cuyos anuncios se asocia el alcohol a valores como la amistad o la diversión, lo que genera presión social de consumo (Espada et al., 2003).

Disponibilidad y accesibilidad a las sustancias

El alcohol, así como otras sustancias son consideradas de fácil acceso para los jóvenes, alrededor de 4 de cada 10 alumnos consiguieron el alcohol directamente, mientras en 3 de cada 10 lo hicieron a través de personas mayores de edad. En cuanto a la facilidad de acceso a otras sustancias, casi la mitad de los estudiantes creen que es muy fácil conseguir hipnosedantes, en el término de drogas ilegales un 65,9% considera que es muy sencillo conseguir cannabis, aunque, por otro lado, la heroína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos y GHB son las sustancias que más dificultades presentan para conseguirlas según los estudiantes (ESTUDES, 2018).

Percepción del riesgo

Nos muestra en qué medida los jóvenes consideran que ciertas conductas les pueden ocasionar problemas, según los datos obtenidos en ESTUDES (2018) la percepción de riesgo es elevada en cuanto al consumo cotidiano de heroína, cocaína en polvo o éxtasis, así como en el cannabis, aunque la percepción en esta sustancia disminuye a medida que aumentan de edad. Por otro lado, se observa que los estudiantes que han consumido algún tipo sustancia ilegal tienen una menor percepción del riesgo si se consume de manera ocasional.

Desorganización comunitaria:

Fernández (2010) señala que la desorganización comunitaria es el lugar donde vive un individuo pero no cumple unas normas adecuadas de buena organización, como son el cuidado del entorno, la disponibilidad de lugares de ocio, el apego al barrio, etc. Además, en las zonas donde se da esta desorganización suelen presentar mayor nivel de delincuencia y más consumo de drogas, a lo que hay que añadir que se asocian otros factores de riesgo, como son paro, alcoholismo, fracaso escolar, etc.

Grupo de iguales

La amistad durante la adolescencia ha sido usada como variable explicativa de las conductas juveniles en numerosos estudios, mostrando como influyen los iguales en la conducta del adolescente, aunque la influencia varía dependiendo de la sustancia y del nivel de implicación del individuo (García, 2003). Además, el grupo de amigos ayuda a afianzar la identidad del adolescente y su sentimiento de pertenencia, pero la probabilidad de consumo aumenta si el adolescente se reúne con jóvenes que lo hacen (Espada et al., 2003).

Factores familiares:

En investigaciones llevadas a cabo sobre la estructura familiar como factor de riesgo se observó que hay otras variables más importantes que la propia estructura como son el ambiente familiar, el deterioro de relaciones y el estrés familiar que también influye en

el consumo. La estructura familiar y la historia parental no suponen una influencia directa en el consumo de los jóvenes, más bien repercute la naturaleza de las relaciones intrafamiliares que pueden verse afectadas por los cambios en la estructura y el consumo de sustancias por parte de los padres (García, 2003).

La buena comunicación resulta fundamental para que los adolescentes no se encuentren en un ambiente familiar con carencias que intente suplir recurriendo al consumo de sustancias (Espada et al., 2003).

Según ESTUDES, 2018, un 49,5% de los estudiantes que consumen cannabis refieren no tener buenas relaciones con sus padres, y 4 de cada 9 que consumen hipnosedantes o nuevas sustancias tampoco, por lo general los estudiantes que consumen alguna sustancia tienen peores relaciones con sus progenitores.

Factores socioeducativos:

El entorno escolar, así como el hogar, es donde más tiempo pasan los jóvenes, por lo muchos de los elementos que lo conforman suponen una influencia de conductas (García, 2003). Fernández (2010) examinando estudios como los de Herrero (2004) Y Luengo (1999), expone que los individuos con conductas desviadas presentan desapego al entorno escolar, con actitudes y expectativas negativas hacia este, y consideran la educación académica poco importante; los factores que más repercuten en el ámbito escolar son el rendimiento escolar, el tipo de centro, el grado de satisfacción, la adaptación y el tipo de interés, lo que se confirma con ESTUDES, 2018, ya que los alumnos que consumen algún tipo de sustancia psicoactiva presentan peores resultados en el ámbito escolar, desde las notas hasta la concentración en clase.

Factores individuales:

Los adolescentes que consumen presentan diferentes problemas individuales como es la baja competencia social ante la presión grupal, bajo autoconcepto, ansiedad, depresión, etc. así como problemas conductuales, además de problemas de riesgo ambiental por la facilidad para adquirir las drogas. Tanto los factores individuales como

los ambientales, aumentan las posibilidades de que los jóvenes consuman algún tipo de sustancia (Díaz y Rey, 2012).

Edad

La edad media de inicio en el consumo de drogas es de 14 años dependiendo del tipo de sustancia de la que se hable (ESTUDES, 2018). García (2003) afirma que el consumo temprano de drogas predice que cuanto antes comiencen a consumir mayor será la frecuencia de uso de uso, así como también aumenta la posibilidad de conductas antisociales y de consumo de otras sustancias más peligrosas.

Búsqueda de sensaciones

Zuckerman (1979; citado en García, 2003) define la búsqueda de sensaciones como la necesidad de experiencias y sensaciones nuevas y diversas, así como el deseo de asumir riesgos para desarrollarlas; se puede descomponer en cuatro dimensiones: búsqueda de emociones y aventuras; de experiencias; desinhibición; y, combatir el aburrimiento. La manera que estas dimensiones influyan en el individuo puede ser muy variada, dependiendo de la edad como de las situaciones en las que se encuentre el/la joven.

Ausencia de valores ético-morales

Siguiendo el trabajo de Fernández (2010) que como se ha indicado arriba hace una revisión de estudios, determina que las creencias, valores y actitudes forman parte de cada individuo y prefijan la conducta que este desarrolle, estas dimensiones predicen conductas de consumo. Las personas con conductas problemáticas dan más importancia a los valores inmediatos como es el placer, sexo, etc., y menos relevancia a los que tienen alcance social; con el consumo se busca acabar con el aburrimiento, la depresión etc., y obtener la euforia, felicidad y placer.

Modelos de intervención en adicciones a jóvenes

En España, actualmente, la ejecución, gestión y evaluación de recursos y programas de atención a las personas con algún tipo de dependencia, depende de las diferentes Comunidades Autónomas, así como de las dos Ciudades Autónomas, cada una de estas organiza y proporciona la intervención según sus planes, recursos y presupuestos. Con carácter general la atención se organiza en tres niveles: atención primaria; segundo nivel, servicios de tratamiento integrado; y, por último, tercer nivel, atención especializada (EMCDA, 2017).

La intervención con jóvenes en Castilla y León se concretiza con el modelo de prevención familiar, el cual tiene como objetivo que cada familia pueda acceder al nivel que le corresponda según el riesgo, como se puede ver en la siguiente imagen:

Imagen 1: Niveles del modelo de prevención familiar



*AAR: Asociaciones de Alcohólicos rehabilitados

**CAD: Centros de Atención Ambulatoria al Drogodependiente.

Fuente: Ficha técnica, Programas de prevención familiar indicada, 2018.

El primer nivel, la prevención universal, se establece para toda la población, y se concreta con el Programa Moneo, el cual tienen como objetivo aumentar la información de los padres sobre las drogas y mejorar sus habilidades educativas. El segundo nivel, la prevención selectiva, se corresponde a los programas Dédalo, dirigido a familias con

hijos entre los 9 y 13 años en los que se detectan problemas de adaptación y rendimiento escolar y problemas de conducta; Programa Alfil orientado a niños y adolescentes con edades entre los 12 y 16 años en los que uno de sus progenitores está en tratamiento por dependencia de alcohol; y de Competencia Familiar (PCF). El tercer nivel hace referencia a la prevención indicada para familias con hijos que ya presenta un consumo abusivo de drogas, pero no llega a ser una dependencia.

Es en este tercer nivel es en el que me voy a centrar, ya que es el que da respuesta a jóvenes de entre 12 y 21 años que muestran abuso de drogas, problemas de inadaptación, problemas de autocontrol y trastornos del comportamiento, siendo el consumo de drogas el área en el que más se interviene.

En los programas de prevención indicada se realiza intervenciones ambulatorias, integrales e intensivas con el objetivo de reducir el consumo de sustancias, acompañar al joven en su evolución, asesorar a las familias y coordinarse con otros recursos que también trabajen con jóvenes.

La coordinación con otros recursos de la Comunidad que también trabajen con jóvenes, sobre todo los equipos de atención primaria y los de Salud Mental infanto-juvenil, fundamentales para la captación, derivación y seguimiento (Junta de Castilla y León, 2018).

En el caso de que se acredite una dependencia, y se establezca que este tipo de programas no cubre todas las necesidades del joven con una adicción, desde los equipos anteriormente mencionados se deriva a los recursos específicos, como son los CADS, Centros de asistencia ambulatoria a drogodependientes, donde se atienden los casos más complejos, entre sus funciones diagnóstico, desintoxicación y deshabituación ambulatoria, tratamiento con sustitutivos opiáceos, educación para reducir riesgos y daños, prevención enfermedades infectocontagiosas, seguimiento de la patología orgánica y trastornos mentales asociados al consumo, coordinación y desarrollo del programa individualizado de integración social. Derivaciones a los Centros Específicos de Primer Nivel y a los recursos de Tercer Nivel. También encontramos las UTA, Unidades para el Tratamiento del alcoholismo, los Servicios, Unidades y Consultas

especializados en el Tratamiento del Tabaquismo y los Centros de día (VII Plan Regional sobre Drogas, 2017).

Necesidades terapéuticas de jóvenes drogodependientes

Los jóvenes con problemas de drogodependencias requieren una serie de necesidades que vienen de su inmadurez neurocognitiva y psicosocial por la etapa en la que se encuentran. Los adolescentes son más sensibles a la familia, las relaciones sociales y el grupo de iguales, por lo que los tratamientos que fomentan la participación de los padres, los propios jóvenes y dan importancias a sus amigos son más efectivos para ellos. (NIDA, 2010).

Hay diferentes áreas, las cuales también se pueden aplicar a los jóvenes, en las que los usuarios presentan necesidades de acuerdo con sus características, como son:

Área personal:

Torbay et al., (2003) determinan que los usuarios en esta área revelan la necesidad de adquirir estrategias de afrontamiento personal, superar miedos, tolerar la frustración, la autorrealización y mejorar la autoestima. Los profesionales observan que es necesario trabajar sobre todo con el autoconcepto y la autoestima, así como con la autorrealización y superación de miedos. Dentro de estas categorías, los usuarios consideran que en lo relativo a afrontamiento personal no tienen estrategias para salir de la monotonía, obtener responsabilidades y evitar las influencias de amigos. Mientras que los profesionales creen que necesitan tomar conciencia del problema. Por otro lado, en la tolerancia a la frustración recalcan que sobre todo les sucede ante el rechazo de otras personas y al no asumir sus propios errores, y, por el contrario, los profesionales creen que no saben admitir sus errores y ante la frustración su única herramienta es la agresividad.

Área social:

Los usuarios refieren tener numerosos problemas en las relaciones sociales, sobre todo en cuanto a confianza con otras personas, también consideran que les falta apoyo

afectivo, y que no cuentan con muchos amigos. En este aspecto los profesionales observan que la mayoría de los usuarios únicamente cuentan con un grupo de amigos, y son también consumidores; y, en otros casos, sólo creen que las personas de su familia son en las únicas en las que puede encontrar amigos. En cuanto a la dimensión de inadaptación social, los profesionales perciben que sobre todo se refleja en problemas con la justicia, marginalidad, carencias de habilidades sociales y dificultades para asumir normas.

Área familiar:

La mayoría de los usuarios refieren que entre sus necesidades con la familia destacan una mayor confianza en la familia, más apoyo por parte de esta, así como atención. Por otro lado, los profesionales consideran que las necesidades que más se requieren es una mayor implicación familiar, para trabajar con ellas pautas educativas, además de mejorar la comunicación y resolver los conflictos que surgen entre miembros.

Área escolar:

Los profesionales observan que una gran cantidad de usuarios presentan fracaso escolar con carencias formativas y poca motivación hacia el aprendizaje (Torbay et al., 2003).

METODOLOGÍA

Diseño y contexto:

El objetivo de este trabajo es explorar la problemática de los jóvenes con adicciones, lo cual requiere una investigación cuyo diseño sea cualitativo para poder obtener una mayor visión sobre los jóvenes y sus características.

La investigación se ha llevado a cabo en Palencia, perteneciente a la Comunidad Autónoma de Castilla y León, con una población de 78.629 habitantes en el año 2018.

Participantes:

Para llevar a cabo este proyecto se ha contado con la participación de jóvenes que acuden a la Asociación Castellano y Leonesa de ayuda a drogodependientes (ACLAD) de Palencia. Dentro de esta asociación los jóvenes con los que se ha contado estaban llevando a cabo el programa Educán2, programa psicoeducativo dirigido a menores y jóvenes de alto riesgo que presentan abuso a sustancias tóxicas y sus familias.

La muestra final de la que se pudo disponer se refleja en esta tabla de perfil sociodemográfico:

Tabla 1. Perfil sociodemográfico de la muestra:

	Sexo	Edad	Nivel educativo	Ocupación	Inicio en ACLAD	Tipo de convivencia	Experiencia SS. SS
E-1	masculino	19	Ciclo formativo	En paro	2018	Con sus padres	Sí
E-2	femenino	19	Educación Primaria	Dependiente	2017	Con sus padres	Sí
E-3	masculino	18	ESO	Estudiante	2017	Con sus padres	No

Fuente: elaboración propia.

Procedimiento:

Para llevar a cabo la investigación en primer lugar se contactó con la asociación para explicar los objetivos de este trabajo y para solicitar la participación de los jóvenes que acudían a esta. Posteriormente, tras la aceptación de los jóvenes y su firma en el

Un estudio cualitativo sobre percepciones y problemas percibidos de jóvenes que asisten a una asociación de ayuda a drogodependientes en Palencia

consentimiento informado, se llevaron a cabo las entrevistas, las cuales fueron grabadas para su transcripción.

Posteriormente, la técnica utilizada fue entrevista semiestructuradas (ANEXO I), cuyo guion incluye preguntas sociodemográficas, así como datos relativos a su experiencia dentro del consumo de sustancias.

Análisis de datos:

Todas las entrevistas realizadas fueron transcritas para poder obtener los datos más relevantes para la investigación, a través de un análisis de contenido, identificando categorías e incluyendo *verbatim* para demostrar los datos obtenidos.

Cuestiones éticas:

Los participantes fueron informados sobre el propósito del trabajo y se les aseguró el anonimato y confidencialidad como viene recogido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Se explicó el proceso y almacenamiento de los resultados y se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes (ANEXO II).

ANÁLISIS DE RESULTADOS:

Historia de consumo

Inicio de consumo

Con la evolución de los patrones de consumo y la “normalización” del consumo de sustancias dentro de todos los estilos de vida y sectores de la población, la edad de inicio se ha ido adelantando, lo que supone un elemento facilitador para el consumo de drogas tanto legales como ilegales. Los jóvenes entrevistados describían cómo comenzaron a consumir de la siguiente manera:

Empecé a consumir con 12 años o así, en las fiestas del pueblo de al lado, y no sé... me gustaba el olor, me gustaba la sensación que contaba la gente que producía, lo probé y me gustó. Lo típico vaya, ves que tus amigos empiezan a consumir, lo vas viendo cada día más normal, y al final acabas consumiendo, bueno yo y casi todos los amigos del grupo. (Chico1)

Bueno empecé a más o menos cuando tenía unos 13 años, y lo normal, sales con tus amigos y ves que algunos de ellos empiezan a fumar y tal y me picó la curiosidad de probarlo. (Chica1)

No sé, yo creo que tenía como 12 años, sí porque estaba en primero de la ESO, y bueno me junté con gente mala, me dieron de probar y ahí empecé. Bueno a ver, gente mala en plan que faltaban a clase y esas cosas, no sé lo típico, te dan a probar y empezas. (Chico2)

Entre las personas entrevistadas no se percibe gran diferencia entre la edad de inicio de la joven entrevistada y los chicos, pues esta manifiesta haber empezado a consumir a los 13 años, y los jóvenes a los 12, además, todos refieren el importante papel que adquieren los amigos y las personas con las que se relacionan durante este inicio en el consumo.

Un estudio cualitativo sobre percepciones y problemas percibidos de jóvenes que asisten a una asociación de ayuda a drogodependientes en Palencia

Sustancias psicoactivas consumidas

Entre los jóvenes a los que se preguntó no se observaron grandes diferencias ni en la edad ni en con quien empezaron a consumir, además, todos ellos manifestaron consumir Cannabis, y alcohol o tabaco.

Cannabis era lo único que consumía. Bueno ahora consumo Cannabis también, pero de lo que es legal, eso sí que lo fumo. Bueno, tabaco fumo, pero no mucho, y el alcohol no me gusta nada, no sé no me gusta emborracharme ni el sabor ni nada, además al día siguiente estás reventado no sé no me gusta nada de nada.
(Chico 1)

Sólo consumía Cannabis, bueno tabaco también y eso lo sigo consumiendo, pero así más serio sólo Cannabis. (Chica 1)

Cannabis, sobre todo, a veces alcohol, pero no es una cosa que me llame la atención. O sea, alguna vez bebo y tal, pero está claro que antes salía y prefería fumarme un porro que beber, vamos que yo no salgo en plan como la mayoría buah voy a emborracharme no se que, yo si salgo bueno me tomo algo, pero sin más. (Chico2)

El consumo de marihuana legal fue descrito como aquel que presenta menos de un 0,2% de THC, algo que según contaba el joven no está penado por ley y que, además, ya existen tiendas donde se venden estos tipos de productos, y hay muchos informes que avalan las propiedades beneficiosas que presentan.

Tiempo de consumo

Conocer el tiempo de consumo resulta fundamental para poder llevar a cabo campañas de prevención que se adecuen a las situaciones donde son más necesarias, cuando se preguntó a los jóvenes el tiempo en el que consumían, respondieron lo siguiente:

Un estudio cualitativo sobre percepciones y problemas percibidos de jóvenes que asisten a una asociación de ayuda a drogodependientes en Palencia

Todos los días, al principio sólo consumía en las fiestas de algunos sitios, posteriormente lo fui haciendo todos los fines de semana y luego lo fui alargando al jueves y así hasta que acabé consumiendo prácticamente todos los días (..). (Chico1)

Sí, consumía todos los días de la semana, vamos únicamente salía para fumar, y mi vida giraba en torno a eso, porque ni iba a clase ni nada. (Chica1)

Yo fumaba sobre todo fines de semana, entre semana nada, sólo de fiesta. No sé como empecé consumiendo sólo los “fines” y entre semana no quedábamos y tal, pues lo hacíamos cuando teníamos más tiempo. (Chico2)

Según los resultados obtenidos se puede observar que el consumo más intenso lo realizan los fines de semana, de fiesta, con sus amigos, y así es además cuando todos ellos empezaron a consumir, al principio únicamente de ocio, pero con el tiempo fueron aumentando los días de consumo, hasta llegar al punto de consumir todos los días. Aunque, uno de los entrevistados manifiesta que él únicamente lo hacía de fiesta.

Factores de riesgo

Relaciones de iguales

Muchos jóvenes consideran el consumo de sustancias como una forma de “entrada” a la vida adulta y de integración en grupos de iguales. Todos los entrevistados manifestaron que el consumo de cannabis estuvo influenciado directamente por las personas con las que se relacionaban, poniendo el foco en los amigos o las personas con las que se reunían cuando comenzaron a consumir.

A ver no es que me obligasen a fumar o me lo ofreciesen los que ya lo hacían, pero no sé como me gustaba el olor y decían lo mucho que les gustaba pues me picó la curiosidad y dije voy a probarlo, pero no es que fuesen mis amigos obligándome, me llamó a mi la atención. (Chico1)

Un estudio cualitativo sobre percepciones y problemas percibidos de jóvenes que asisten a una asociación de ayuda a drogodependientes en Palencia

Yo creo que los amigos y la mala influencia que suponen algunas personas en la vida. (Chica1)

No sé, a lo mejor la gente a la que me junté, y que cuando lo probé vi que no era tan malo pues seguí consumiendo, no sé a ver en mi caso si que me lo ofrecieron, pero al fin y al cabo la responsabilidad es mía de decir que sí o que no. (Chico2)

Percepción del riesgo

La percepción del riesgo funciona como indicador del consumo de sustancias en el futuro, a mayor percepción de riesgo menor será la cantidad y la intensidad de los consumos. Para conocerlo se preguntó en qué momento se dieron cuenta de que necesitaban ayuda, las respuestas fueron las siguientes:

En ninguno, o sea me mandaron venir aquí para no pagar una multa que me echaron en la peña en las fiestas del pueblo, hace dos años, porque o pagaba la multa o me gastaba el dinero en sacarme el carné. (Chico1)

En realidad, yo no consideraba que tuviera un problema, viene aquí por obligación más que por otra cosa. (Chica1)

A ver yo cuando fumaba no consideraba que tuviese un problema, pero si que es verdad que cuando mi madre se enteró pues no sé teníamos muchas movidas y no sé, se puso a buscar sitios a los que pudiera ir para dejarlo, y vamos que vine para que se quedase más tranquila no por otra cosa. (Chico 2)

Analizando los resultados obtenidos podemos observar que la percepción de riesgo de los entrevistados es muy baja, pues no refieren tener ningún problema, aún consumiendo Cannabis diariamente y durante varios años. Como se muestra en este extracto de las entrevistas, ninguno de los jóvenes acudió por voluntad propia sino por una obligación externa, ellos no entendían que su consumo fuera problemático.

La percepción de riesgo supone un elemento protector cuando se considera que el consumo de ciertas sustancias puede suponer un problema, aunque la carencia de esta conciencia puede presentarse como un factor de riesgo.

Impacto psicosocial

El consumo de drogas está asociado con diferentes problemas, como pueden ser de salud o sociales. Para conocer esta realidad les preguntamos cómo el consumo había afectado a sus relaciones sociales y familiares, y les había provocado cambios, las respuestas fueron las siguientes:

Prácticamente sigo relacionándome con la misma gente, o sea si me he dejado de llevar algunos porque no les gustaba que consumiera, pero poco me ha importado, a mi tampoco me gustaba que se emborrachen y me toca aguantar así que... (Chico1)

Sí, o sea cuando consumes al fin y al cabo te acabas relacionando sólo con las personas con las que también quieren fumar y eso te hace separarte del resto de personas. (Chica1)

No, o sea con mis amigos me sigo llevando igual que antes, pero es porque nos hemos quedado más o menos los que salíamos para fumar y tal, porque los que no lo hacían pues quedaban con otra gente no sé yo creo que con nosotros se aburrían o algo, y en casa pues sí que he tenido más movidas que antes de que se enterasen de que consumía, pero bueno es normal. (Chico2)

En cuanto a los cambios en los estudios que les produjo el consumir Cannabis, algunos de los entrevistados nos contaron esto:

Al principio dejé de ir a clase, pero bueno también lo hacía por la gente a la que me juntaba, aunque luego he seguido consumiendo cuando me he sacado la formación profesional. (Chico1)

Un estudio cualitativo sobre percepciones y problemas percibidos de jóvenes que asisten a una asociación de ayuda a drogodependientes en Palencia

Sí, aunque creo que para que dejará de estudiar también tuvieron que ver otras cosas como el poco interés que tenía (...). (Chica1)

No, a ver nunca he estudiado, no sé igual está relacionado con que haya repetido, pero vamos que tampoco ha habido un cambio de sacar nueves a cuatros, me lo he ido sacando como podía fumando y sin fumar. (Chico2)

Como podemos observar, el consumo de ciertas sustancias sí que ha conllevado ciertos cambios, ya que según cuentan los jóvenes cuando consumían, sobre todo al principio, únicamente se relacionaban con personas que también lo hacían, y quedaban con ellos solamente para consumir. Además, todos los entrevistados cuando consumían tuvieron cierto parón en los estudios o repitieron, pero posteriormente han seguido cursando estudios, en el caso de algunos, continuando con el consumo.

Respuestas no institucionales

La entrada de los jóvenes en esta Asociación está muy relacionada con la escasa conciencia de problema que presentan, pues ninguno de los entrevistados acudió a la asociación por voluntad propia, a la pregunta de cómo conocieron ACLAD respondieron esto:

Bueno yo no conocía la asociación, me mandaron venir aquí en vez de pagar una multa, y vamos así la conocí. (Chico1)

La conocí por la Unidad de intervención educativa, y sí creo que me esta ayudando, sobre todo a conocerme más a mí misma, aunque yo creo que una persona deja de fumar o de consumir sólo si ella quiere, porque yo probablemente no hubiera dejado de consumir si no hubiera empezado a estudiar, llevaba ya viniendo un tiempo, pero hasta que yo no quise no dejé de hacerlo. (Chica1)

Un estudio cualitativo sobre percepciones y problemas percibidos de jóvenes que asisten a una asociación de ayuda a drogodependientes en Palencia

Bueno conocí la Asociación por mi madre que la buscó en Internet, y me dijo que debería venir para informarme y tal, y para que estuviera más tranquila pues empecé a venir. (Chico2)

En cuanto al tipo de ayuda que les presta la Asociación según los jóvenes sobre todo se trata de información y de conocimiento de todas las sustancias. Aunque para algunos de ellos también ha supuesto mejorar su autonomía y autoestima personal, y sobre todo las relaciones con sus familias. Según contaban los jóvenes, sus padres eran concedores de su consumo, y que estos acudieran a ACLAD ha supuesto un desahogo para ellos.

Propuestas de mejora

Al final de la entrevista se les preguntó qué consideran que se podía mejorar para intervención con jóvenes, respondieron lo siguiente:

Más información sobre lo que están consumiendo, sobre los peligros y las cosas buenas que tiene. Porque aquí por lo general te informan de lo malo y actualizarse en los estudios que hay ahora que dicen todo lo contrario a lo que se decía hace 10-15 años (...).

Las campañas no sirven porque además es psicología inversa, o sea te dicen no hagas esto y tu dices y por qué no lo voy a hacer, te llama la atención y lo vas a hacer (...). Creo que hay otras formas de concienciar a la gente no sólo decir te va a volver tonto y te va a desestructurar la familia porque no es así. (Chico1)

Yo creo que no se puede hacer nada, o sea a mi por mucho que me dijeran no iba a dejar de consumir, así que yo creo que no se puede hacer nada. Y no sirven ni las campañas de prevención, ni los anuncios, ni serviría una asignatura, quien quiera fumar va a fumar. (Chica1)

A ver yo creo que todos hemos sido jóvenes y por mucho que nos digan, hemos pasado y hemos escuchado lo que nos apetecía, además si no lo experimentan no hacen caso yo creo no sé... (Chico 2)

Un estudio cualitativo sobre percepciones y problemas percibidos de jóvenes que asisten a una asociación de ayuda a drogodependientes en Palencia

En esta pregunta, como se puede ver, las opiniones son muy variadas, para alguno lo más importante es la información y el avance en los conocimientos que se prestan a los jóvenes, mientras que para otros ni sirve la prevención ni se puede hacer nada para evitarlo.

DISCUSIÓN

El objetivo principal de este trabajo residió en explorar la problemática de los jóvenes con adicciones que asisten a una asociación de ayuda a drogodependientes en Palencia, en función de los factores de riesgo que influyen en el inicio del consumo, las percepciones de los consumidores y las consecuencias de los jóvenes con drogodependencias.

Los resultados de esta investigación en consonancia con los resultados obtenidos en un estudio del consumo de alcohol en estudiantes madrileños (Iglesias, 2017) subrayan que los jóvenes se inician en el consumo de sustancias legales e ilegales a una edad media en torno a los 13 años, sin percibirse diferencias entre sexos. Mientras que otros estudios también de la ciudad de Madrid (Hernández, et al., 2009) muestran que la edad de inicio en tabaco sería de 14,1, en alcohol a los 14,3, y cannabis a los 15,6, observándose diferencias entre sexos, siendo los varones quienes se inician antes en alcohol y cannabis.

Los participantes de esta investigación destacan la importancia que supuso en el inicio del consumo su grupo de amigos o personas con las que se relacionaban más a menudo, esto coincide con lo detectado por Añaños y Bedmar (2008) quienes destacan que un 91,2% de sus participantes estuvo influenciado por el grupo de iguales para consumir cannabis, un 83,4% alcohol y un 80,9% tabaco.

Un estudio en estudiantes de la Universidad de Málaga muestra que, con respecto a la percepción de riesgo, los estudiantes consideran conductas de menos riesgo el tomar 5-6 copas los fines de semana, 1-2 cañas a diario y fumar cannabis ocasionalmente, mientras que consideran conductas con un nivel destacado de riesgo consumir habitualmente cannabis, tranquilizantes y esporádicamente consumir cocaína (Martín-Montañez, E. et al. (2011). Y por el contrario para nuestros informantes consumir de manera habitual cannabis no supone ninguna conducta de riesgo.

Los resultados de los participantes de esta investigación subrayan que la pérdida de relaciones con sus amigos ha sido muy habitual, algo que coincide con otros resultados de un estudio que muestra que un 60% de los entrevistados ha sufrido pérdidas o empeoramiento de las relaciones con sus amigos y con respecto a la familia, en esta

Un estudio cualitativo sobre percepciones y problemas percibidos de jóvenes que asisten a una asociación de ayuda a drogodependientes en Palencia

última sobre todo se ha traducido en una pérdida de confianza (Salazar-Mendoza, J. et al., 2017).

Según Becoña et al. (2011) en consumidores frecuentes de cannabis ya se perciben alteraciones de la memoria, errores en la atención y en funciones ejecutivas, lo que en estudiantes se traduce en un rendimiento escolar bajo o en un fracaso escolar. Esto queda patente ya que los informantes de esta investigación, los cuales mostraban un consumo abusivo de cannabis, todos repitieron o abandonaron los estudios mientras consumían.

Por lo tanto, se puede observar como la mayoría de los resultados obtenidos en los participantes de la asociación de ayuda a drogodependientes, están en concordancia con numerosos estudios de la literatura científica.

CONCLUSIONES E IMPORTANCIA DEL TRABAJO SOCIAL EN LA INTERVENCIÓN CON ADICCIONES EN JÓVENES

Con todos los datos presentados a lo largo de este trabajo, lo que se puede observar es que el consumo de los jóvenes debe ser objeto de gran atención para las administraciones públicas y para la población, ya que la prevalencia aumenta y no se pueden ignorar lo que estas conductas complejas pueden seguir ocasionando. Por otro lado, se puede afirmar que el consumo repercute a nivel familiar e individual, por lo que resulta necesario detectar con la mayor brevedad posible el consumo de sustancias, para poder ofrecerles una atención especializada y dirigida a responder a sus necesidades. Es aquí, donde la labor de los profesionales, entre los que nos encontramos los trabajadores sociales, debe desarrollarse, acompañando a los jóvenes, así como a sus familias, para poder mejorar su salud física y social, dejando atrás estas situaciones tan complejas y destructivas.

La drogodependencia es entendida como una conducta que gradualmente pasa de ser considerada normal a desviada y al tratarse de una actividad propia de un individuo que interactúa en un contexto, lo cual supone uno de los factores de riesgo primordiales en la drogodependencia, queda dentro del objeto del Trabajo Social (Mayor, 1995). Una vez entendido el porqué la drogodependencia es un objeto de nuestra profesión, cabe explicar que a lo largo de los años los valores y comportamientos de los individuos han ido variando, y esto también se ha percibido en el consumo de sustancias y en los factores asociados a estas conductas. A esto hay que añadirle una vinculación entre el consumo de sustancias y la juventud, algo que está considerado como un elemento básico en nuestra sociedad, una manera de entrar en la vida adulta. Ante estas circunstancias los trabajadores sociales debemos ser referentes en la ayuda al usuario y en el acompañamiento a lo largo de todo el proceso de desintoxicación y reinserción social. Para Gutiérrez (2007), es fundamental que los trabajadores sociales conozcamos las drogas y así poder desarrollar herramientas de prevención y actuación coordinados con otros profesionales. Esta coordinación se debe desarrollar en los propios equipos para poder llevar a cabo programas específicos, además de una coordinación entre

sectores de la sociedad, pues ya hemos visto que la drogodependencia esta interrelacionada y puede afectar a varios de ellos.

Los trabajadores sociales realizamos una labor fundamental con otros profesionales a la hora de desarrollar estrategias para la prevención y para las actuaciones a la hora de iniciar el proceso de deshabitación, así como para la inserción social. Por lo que, al desarrollar tareas en diferentes aspectos relacionados con este proceso, es necesaria la relación entre los profesionales, conociendo los programas que atañen a la drogodependencia.

La edad de inicio en el consumo de sustancias se ha ido adelantado, por eso es necesario que las tareas que realizamos en relación con las actuaciones de información y prevención se adecúen a la actualidad, y para ello es necesario tener un conocimiento y formación continúa de la problemática; de la cada vez más amplia oferta de drogas; de los variados grupos que consumen y de la población que se ve afectada por este consumo de manera indirecta. Las actuaciones dirigidas a este colectivo deben dirigirse hacia hábitos de vida saludables, fomentando la participación social, lo que resulta fundamental para superar el proceso. Debemos diseñar intervenciones específicas en drogodependencias para jóvenes, tratando de comprender no sólo su problema, sino que también debemos potenciar sus recursos, y a partir de esto elaborar una intervención adecuada, combinando elementos sociales, terapéuticos y de salud que es la mejor respuesta para superar estas situaciones.

Además, en la intervención con jóvenes esta no sólo se debe desarrollar con ellos de manera individual o grupal, sino también se debe intervenir con la familia, ya que tiene una importancia decisiva y supone un apoyo fundamental para el usuario.

En definitiva, la labor del trabajador social en las intervenciones con jóvenes con adicciones es de vital importancia para estos usuarios, por lo que es fundamental una amplia y continua formación de esta problemática.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfonso, J.P., Huedo-Medina, T.B. y Espada, J.P. (2009). Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. *Anales de psicología*, 25 (2), 330-338.
- Añaños, F.T. y Bedmar, M. (2008). Los amigos: espacio educativo, implicaciones y poder. *Revista de Investigación Educativa*, 26(2), 371-384.
- Ayuntamiento de Palencia (2015). Actualización Plan Municipal de Drogodependencias. Recuperado de https://www.aytopalencia.es/sites/default/files/documento_definitivo_del_plan_drogodependencias_2015_0.pdf
- Becoña, E. y Cortés, M. (2011). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación.
- Becoña, E. y Martín, E. (2004). *Manual de intervención en drogodependencias*. Madrid: Síntesis.
- Comité Francés de Educación para la Salud (CFES)- Misión Interministerial de Lucha contra la Droga y la Toxicomania (MILDT) (2000). *Drogues. Savoir plus risquer moins [Saber más para arriesgar menos]*. París: CFES.
- Díaz Morales, K. y Rey, M.C.P.A. (2012). Factores familiares, individuales y ambientales en el consumo y no consumo de drogas en adolescentes. *Avances en enfermería*, XXX (3), 37-59.
- Espada, J.P., Méndez, X., Griffin, K.W. y Botvin, G.J. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 23 (84), 9-17.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDA). (2018). Informe sobre drogas España. Recuperado de http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11320/InformeDrogasEspa%C3%B1a2018_CDR2018Espa%C3%B1ol.pdf

- Fernández Bustos, P. (2010). Estudio de los factores de riesgo y protección del consumo de sustancias en adolescentes. (Tesis doctoral, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, España). Recuperada de <https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/9003/TESIS%20FINAL%20MAYO%202010.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- García Moreno, M. R. (2003). Consumo de drogas en adolescentes: diseño y desarrollo de un programa de prevención escolar. (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España). Recuperada de <http://webs.ucm.es/BUCM/tesis//psi/ucm-t26731.pdf>
- Gutiérrez Resa, A. (2007). Drogodependencias y Trabajo Social. Ediciones Académicas. Recuperado de <https://www.ediasa.es/files/capitulos/9788496062986.pdf>
- Hernández, T., Roldán, J., Jiménez, A., Mora, C., Escarpa, D. y Pérez, M.T. (2009). La edad de inicio en el consumo de drogas, un indicador de consumo problemático. *Intervención psicosocial*, 18 (3), 199-212.
- Iglesias, M.T. (2017). Estudio del consumo de alcohol en estudiantes madrileños y diseño de un programa de salud. *Journal*, 2 (8), 351-354.
- Junta de Castilla y León (2018). Informe sobre los casos atendidos en los programas de prevención indicada. Recuperado de <http://www.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100/1193641915217/ / / />:
- Junta de Castilla y León (2018). Ficha técnica. Programas de prevención familiar indicada. Recuperado de <https://familia.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100/1284303581782/ / / />
- Junta de Castilla y León (2017). VII Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León. Recuperado de <https://familia.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100/1284731925205/ / / />
- Laespada, L., Iraurgi, I. y Aróstegi, E. (2004). *Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV*. Instituto Deusto de Drogodependencia, Universidad de Deusto.

- Martínez Higuera, I. M. (2012). *Efectos de la exposición y la calidad de la prevención escolar en el consumo de drogas y factores de riesgo de estudiantes de secundaria*. (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España). Recuperada de <https://eprints.ucm.es/15002/1/T33680.pdf>
- Martín-Montañez, E., Barón-López, F.J., Rubio, L.O., Pavía, P., Miranda, J. e Santos, I.M. (2011). Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras sustancias psicoactivas en estudiantes de la Universidad de Málaga. *Trastornos adictivos*, 13(4), 160-166.
- Mayor, J. (1995). Las drogodependencias como objeto del Trabajo Social. *Cuadernos del trabajo Social*, (8), 213-239.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017). Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES). Informe. Recuperado de http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017_Informe.pdf
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017). Estrategia Nacional sobre adicciones. Recuperado de http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024_aprobada_CM.pdf
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2016). Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES). Recuperada de http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2018_Informe.pdf
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Guía sobre drogas. Recuperado de <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/guiaDrogas.pdf>
- Muñoz-Rivas, M.J., Gámez-Guadix, M., Graña, J.L. y Fernández, L. (2010). Violencia en el noviazgo y consumo de alcohol y drogas ilegales entre adolescentes y jóvenes españoles. *Adicciones*, 22 (2),125-134.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2010). Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones. Recuperada de: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion/preguntas-frecuentes/cuales-son-las-necesidades-especiales-de-l>

- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) (2018). Informe. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Recuperado de <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2018OEDA-INFORME.pdf>
- Ortiz de Zárate, A., Alonso, I., Ubis, A. y Ruiz de Azúa, M.A. (2011). *Adicciones. Guía de cuidados de enfermería en salud mental*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Salazar-Mendoza, J., Castellanos-Contreras, E., Conzatti-Hernández, M.E., Cabrera-Martínez, M., López-Posadas, J.R. y Morales-Carreón, A. (2017). Estudio cualitativo de consumo y abuso de sustancias psicoactivas en población joven. *Revista Adicción y Ciencia*, 5(2), 1-20.
- Sarasa-Renedo, A., Sordo, L., Molist, G., Hoyos, J., Guitart, A.M. y Barrio, G. (2014). Principales daños sanitarios y sociales relacionados con el consumo de alcohol. *Revista Española de Salud Pública*, 88 (4), 469-491.
- Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías de Castilla y León (SAITCyL) (2017). Informe. *Admisiones a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de drogas, episodios de urgencia hospitalaria relacionados con el consumo de drogas, y muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas*. Recuperado de https://familia.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100/1193641915217/_/_/
- Torbay, A., Heras, M. C. y Marrero, M. (2003). Evaluación de las necesidades sociopersonales de drogodependientes, desde un programa de intervención: La perspectiva de los implicados. *Anales de psicología*, 19 (2), 173-186.
- Villanueva Blasco, V.J. (31 de marzo de 2017). Bajo rendimiento académico y consumo de drogas en la adolescenciaBLOGG. Recuperado de <https://www.universidadviu.es/rendimiento-academico-consumo-drogas-la-adolescencia/>
- Villarreal González, M. E. (2009). Un modelo estructural del consumo de drogas y conducta violenta en adolescentes escolarizados. (Tesis doctoral, Universidad Autónoma de nuevo León, Monterrey, México). Recuperada de <http://eprints.uanl.mx/2080/1/1080186692.pdf>

Un estudio cualitativo sobre percepciones y problemas percibidos de jóvenes que asisten a una asociación de ayuda a drogodependientes en Palencia

World Health Organization (2008). Glosario de términos de alcohol y drogas. Recuperado de https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

ANEXO 1

Entrevista semiestructurada

PROTOCOLO DE GUIÓN DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

Nombre informante:

Lugar de la entrevista:

Fecha de la entrevista:

Hora comienzo:

Duración:

Registro de código del informante: EI-1

PAUTAS GENERALES

1. Se realizará una introducción en la que se planteará la investigación.
2. Se incidirá en que lo que se reclama es el punto de vista individual como personas afectadas por su situación.

Instrucciones para conducir la entrevista:

Preséntate antes de empezar la entrevista.

Asegúrate que el/la participante se siente cómodo/a con la entrevista.

Adopta un estilo comunicativo no excesivamente formal.

Trata de seguir el orden de preguntas y cíñete a las preguntas del protocolo.

Permite que la conversación ocurra de manera natural y continúa si alguno de los temas discutidos es relevantes para la investigación.

Si crees que la discusión se sale de los intereses de la investigación, trata de reconducir el debate volviendo a las preguntas del protocolo para continuar con la siguiente cuestión.

GUIÓN DE GRUPO DE DISCUSIÓN

Recuerda: antes de comenzar la entrevista utiliza un párrafo introductorio a modo de presentación:

El propósito de la entrevista pretende estudiar cómo los jóvenes entraron en contacto con las sustancias, así como sus diversas situaciones para poder conocer la magnitud y la verdad sobre el consumo de drogas en un área urbana pequeña.

La discusión será grabada para más tarde transcribir partes de la entrevista. Analizaré la información añadiendo un código a cada persona para garantizar el anonimato. Me interesa comprender vuestro punto de vista e identificar modos de prevenir problemas e identificar necesidades.

BLOQUES ENTREVISTA

Bloque 1. Historia de consumo de sustancias psicoactivas

Pregunta 1: ¿Cómo empezaste a consumir? ¿Con quién? ¿A qué edad empezaste a consumir?

Pregunta 2: ¿Qué es lo que más solías consumir?

Pregunta 3: ¿Con qué frecuencia consumías?

Bloque 2. Problemáticas y factores de riesgo

Pregunta 4: ¿Qué situaciones crees que te llevaron a consumir sustancias?

Pregunta 5: ¿En qué momento te diste cuenta de que necesitabas ayuda?

Pregunta 6: ¿Has abandonado en algún momento la rehabilitación?

Bloque 3. Impacto psicosocial de las adicciones

Pregunta 7: ¿El consumo ha afectado en tu relación con tu familia o amigos?

Pregunta 8: ¿Cómo era tu rutina cuando consumías?

Pregunta 9: ¿El consumo provocó cambios en tu vida: ¿dejar de estudiar, trabajo...?

Bloque 4. Opinión de la respuesta institucional (CEAS, CAD, etc.) y no institucional (Ayudas recibidas por parte de otros familiares, amistades, entidades tercer sector, etc.)

Pregunta 10: ¿Cómo conociste esta asociación? ¿Crees que te esta ayudando el servicio que te esta dando a asociación? ¿Qué tipo de ayuda es?

Pregunta 11: ¿Tuviste el apoyo de tu familia y amigos cuando dijiste que acudirías a ACLAD?

Bloque 6. Propuestas de mejora en la ayuda a las necesidades de menores y jóvenes con adicciones.

Pregunta 12: Según tú experiencia, ¿Qué consideras que se podría mejorar para la intervención con personas jóvenes?

→ ¿Son útiles las campañas de prevención? ¿Consideras que serviría de algo una asignatura de Salud Pública donde se tratasen temas como las drogas?

Comentario final:

Estas han sido todas las preguntas que tenía preparada. Muchas gracias por querer participar en esta investigación. Si tienes alguna cosa que añadir, por favor puedes hacerlo ahora.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Código	
Año y lugar de nacimiento	
Sexo y estado civil	
Nivel académico	
Profesión y ocupación de origen	
Lugar de residencia	
Tipo de convivencia y régimen de residencia	
Año de inicio en ACLAD	
Experiencia con atención en Servicios Social	
Otras	

Fecha:

Registro de la entrevista (código):

ANEXO 2

Consentimiento informado

UVa

Proyecto Fin de Grado Trabajo Social

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

Soy Sara Serna Vian, realizando mis estudios de **Trabajo social en la Universidad de Valladolid**. Mi propuesta de **Trabajo Fin de Carrera (TFG)** pretende estudiar la realidad social de los jóvenes que consumen algún tipo de droga en la ciudad de Palencia. El objetivo de este trabajo es realizar un diagnóstico sobre cómo los jóvenes entraron en contacto con las sustancias, así como sus diversas situaciones para poder conocer la magnitud sobre el consumo de drogas en un área urbana.

Para poner en marcha el proyecto, necesitamos tu **colaboración** como persona usuaria de la entidad. La **actividad** para la que se requiere tu colaboración consiste en una **entrevista individual** en la que te preguntaremos sobre aspectos relativos a tu experiencia personal con el consumo de sustancias psicoactivas. No hay información correcta ni incorrecta. Se trata de **identificar problemáticas** y conocer tus **propuestas y recomendaciones** de mejora en relación a los problemas de consumo de drogas. La entrevista tiene una duración estimada de **40 minutos**. Tú decides libremente en cada momento qué información consideras oportuna facilitarnos.

Se realizará una **grabación en audio** que servirá posteriormente para el análisis de la información. A esta grabación sólo tendré acceso yo y mi tutor académico en la Universidad de Valladolid como responsables del estudio. La grabación será destruida una vez haya finalizado el proyecto.

El equipo del proyecto se compromete a proteger la **confidencialidad** de la información aportada por ti, a mantener tu **anonimato**, a utilizar este material exclusivamente con **finés de investigación** y a **respetar la legislación** conforme a los términos establecidos en la *Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal*, pudiendo ejercer en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición respecto a dichos datos contactando con la investigadora principal.

Para información adicional, puedes contactar con mi tutor académico: Dr. Alfonso Marquina Márquez (983184364; alfonso.marquina@uva.es).

Agradecemos enormemente tu colaboración.

Por favor, firma más abajo para aceptar de forma voluntaria tu participación en esta entrevista. Este formulario sólo es una garantía ética del mismo; significa que vamos a utilizar la información que nos proporcionas con la máxima responsabilidad y confidencialidad.

Persona del equipo investigador	Persona entrevistada
Fecha:	Fecha:
Espacio para la firma:	Espacio para la firma:

Ejemplar para el/la participante