



TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL

**Trabajo social y menores drogodependientes: una  
revisión de la literatura**

**Autora:** D<sup>ª</sup>. Elisa Sáez Muñoz

**Tutor:** D. Alfonso Marquina Márquez

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2020-2021

FECHA DE ENTREGA: 22 de junio de 2021

## INDICE

<b>Resumen</b> .....	4
<b>1. Introducción</b> .....	6
<b>2. Objetivos</b> .....	8
2.1. Objetivo general .....	8
2.2. Objetivos específicos .....	8
<b>3. Metodología</b> .....	9
3.1. Diseño.....	9
3.2. Fuentes de información y.....	9
3.3. Estrategias de búsqueda.....	10
3.4. Procedimiento.....	10
3.5. Análisis de los datos.....	10
3.6. Limitaciones.....	11
<b>4. Resultados</b> .....	12
4.1. Menores drogodependientes: magnitud.....	12
4.2. Drogodependencias e infracciones.....	15
4.3. Drogodependencias y género.....	17
4.4. Drogodependencias y MENAS.....	19
4.5. Perspectivas teóricas sobre drogodependencia.....	22
4.6. Factores de riesgo en el consumo de drogas en menores.....	33
4.7. Consecuencias del consumo de drogas en menores.....	38
4.8. Trabajo Social y menores drogodependientes.....	40

<b>5. Conclusiones.....</b>	<b>47</b>
<b>6. Bibliografía.....</b>	<b>50</b>

## **Resumen**

Este Trabajo de Fin de grado trata de conocer a través de una revisión de la literatura los aspectos relevantes de los menores que se encuentran en situación de drogodependencia, así como el papel de los/las trabajadores/as sociales en dicho ámbito.

Los jóvenes comienzan a consumir a edades más tempranas sobre todo por motivos lúdicos o “de ocio”, perpetuando en muchas ocasiones esta situación, y dando lugar a problemas de adicción.

Las drogas constituyen un problema tanto de salud como social que se ha ido manteniendo a lo largo de la historia. Sin embargo, han ido variando las pautas de consumo y las sustancias que se consumen, por lo que las intervenciones para tratar las adicciones también se han modificado.

El trabajo social es una figura fundamental en el fenómeno de las drogodependencias no solo para tratarlo, reducirlo y/o eliminarlo, sino también para la reinserción y para mejorar el bienestar de la persona y su entorno.

**Palabras claves:** Drogas, menores, Trabajo Social, consumo, drogodependencias, intervención.

## **Abstract**

The main goal of this is to understand, through a literature review, the relevant aspects of drug-dependent minors, as well as the role of social workers in this area.

Minors start to consume at increasingly earlier ages, mostly due to ludic or “leisure reasons”, often perpetuating this situation and leading to addiction problems.

Drugs have constituted both a health and a social issue along history. However, there has been a change in consumption patterns and in the substances used, so the methods to treat addictions have also been modified.

Social work is a key figure in the phenomenon of drug addictions not only to treat, reduce and/ or eradicate them, but also to reintegrate and improve the well-being of the user and their environment.

**Keywords:** Drugs, minors, Social Work, consumption, drug addictions, intervention.

## **1. Introducción**

El siguiente trabajo tiene como objetivo analizar la situación de los menores drogodependientes, así como el papel que tienen los/as trabajadores/as sociales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define droga como: “toda sustancia que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa), es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico; es decir, es capaz de cambiar el comportamiento de la persona, y que posee la capacidad de generar dependencia y tolerancia en sus consumidores.”

En España, entorno a los años 70, se produjo una expansión de las drogas. El alcohol constituía el problema más grave, pero también cabe destacar los barbitúricos, que se habían convertido en una de las primeras causas de intoxicación voluntaria.

Entre los años 80 y 90 se vivió una crisis de droga provocada por la rápida expansión de la heroína alcanzando niveles “epidémicos” y causando miles de muertes, tanto por su consumo como por las enfermedades infecciosas que implicó.

Actualmente la atención está más centrada en el cannabis, que según el Observatorio Español de las Drogas y Adicciones (2020), es la principal droga por la cual los menores acuden a tratamiento.

Las drogodependencias influyen en muchos ámbitos. Entre ellos, está el ámbito social, por lo que el papel del/la trabajador/a social cada vez toma más protagonismo. El ámbito social es un elemento fundamental en las drogodependencias para entender cómo se producen y se pueden prevenir y cómo se puede intervenir para reducirlas y/o eliminarlas. En este sentido, Mayor (1995) considera que el ámbito de intervención de las drogodependencias puede considerarse un ámbito específico, tanto disciplinar como profesional, del Trabajo Social. Para este autor, la intervención con personas drogodependientes desempeña un papel muy importante para el cambio social.

Las drogodependencias son un problema que se ha ido extendiendo y, además la edad de consumo se ha ido acortando. Están ligadas principalmente al ocio. El alcohol, el tabaco y el cannabis son las más frecuentes. Para los adolescentes son algo inofensivo y sin repercusiones a la larga, pero conllevan múltiples consecuencias (problemas de salud, sociales, familiares, económicos...) y, al ser menores, son más vulnerables a ellas.

Los/as trabajadores/as sociales cada vez son más importantes, dado que desempeñan un papel fundamental a la hora de identificar el origen y causa del inicio del consumo, ya que se centra tanto en la persona como su entorno.

Las drogodependencias son consideradas una conducta o actividad, en las que los contextos microsociales y macrosociales constituyen uno de los principales factores de riesgo, por lo que el Trabajo Social es una praxis orientada al cambio social (Mayor, 1995).

Este Trabajo de Fin de Grado consta de seis puntos: una introducción, unos objetivos, la metodología, un apartado de resultados, donde figura el peso de este trabajo y donde se recoge la información referida a menores drogodependientes y el papel del trabajo social, y, por último, unas conclusiones y bibliografía.

## **2. Objetivos**

### **2.1 Los objetivos generales son:**

El objetivo general de este trabajo es realizar una revisión de la literatura para conocer aquella información existente relacionada con los menores drogodependientes y el papel que desempeñan los trabajadores sociales.

### **2.2 Los objetivos específicos son:**

Los objetivos específicos están enfocados a otros asuntos que derivan del objetivo general:

- Conocer el perfil sociodemográfico de los menores drogodependientes y la magnitud del problema.
- Conocer las diferencias por género que existen en el consumo de drogas de los menores.
- Conocer la situación de los MENAS con problemas de drogodependencias que llegan a nuestro país
- Realizar una aproximación teórica sobre las diferentes perspectivas teóricas sobre las drogodependencias.
- Establecer los diferentes factores de riesgo que existen y condicionan a que haya una mayor probabilidad de consumo entre los jóvenes.
- Analizar las posibles consecuencias que tiene el consumo de drogas en los jóvenes.
- Describir el papel que ejercen los Trabajadores Sociales en el ámbito de menores drogodependientes.



### **3. Metodología**

#### **3.1 Diseño**

El diseño de la investigación del presente Trabajo de Fin de Grado es una revisión de la literatura, basada en la recopilación de información ya existente sobre el tema. En este caso, se trata de indagar sobre los menores drogodependientes, así como el papel de los/as trabajadores/as sociales en dicho ámbito. Este trabajo hace referencia a cualquier persona menor de edad que se encuentre en situación de adicción a las drogas.

Esta recopilación se ha llevado a cabo a través de artículos, investigaciones, informes, libros, tesis, etc., de las cuales se han extraído aquellos datos que se han considerado más importantes para el objeto de estudio. Todas estas fuentes están detalladas en el penúltimo punto del trabajo de referencias bibliográficas.

A lo largo de este trabajo se han utilizado tanto citas directas como indirectas de diferentes autores que han tratado previamente el tema de interés de este trabajo, pero sin perder la esencia de redacción propia.

Hay que destacar la dificultad para encontrar datos con relación a menores que están en tratamiento ya que la mayoría de la información hace referencia a las personas mayores de edad.

#### **3.2 Fuente de información**

Para desarrollar este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda, identificación y selección de aquella información procedente de:

-Revisión de las principales bases de datos: Google Scholar, Dialnet, páginas web institucionales y del tercer sector, ProQuest.

-Búsqueda de información en páginas exclusivas sobre drogas como el Plan Nacional sobre drogas, Proyecto Hombre, Observatorio Español de las Drogas y Adicciones.

### **3.3 Estrategias de búsqueda**

La estrategia que se ha seguido para la búsqueda de la información ha sido indagar a través de las bases de datos citadas anteriormente palabras relacionadas con el tema como “menores drogodependientes”, “drogas y género”, “Trabajo Social” y “drogodependencias”, etc., mientras que otras veces se ha buscado el título directamente o el nombre del autor.

### **3.4 Procedimiento**

En un primer momento, se realizó una búsqueda para seleccionar aquella información de interés para el trabajo.

Posteriormente, se llevó a cabo una clasificación por apartados de la información seleccionada, eliminando aquella que no resultase de utilidad y aquellos que estaban duplicados.

### **3.5 Análisis de los datos**

Tras haber realizado la recopilación de la información referida a menores drogodependientes y el papel de los/as trabajadores/as sociales, se procedió a clasificarla en diferentes apartados:

- 1) Datos estadísticos de los menores que se encuentran en tratamiento para estimar la magnitud
- 2) Drogodependencias e infracciones.
- 3) Drogodependencias y género.
- 4) Drogodependencias y MENAS.
- 5) Perspectivas teóricas sobre drogodependencias.
- 6) Factores de riesgo en el consumo de drogas en menores.

7) Consecuencias del consumo de drogas en menores.

8) Trabajo Social y menores drogodependientes.

Una vez clasificada esta información, se comenzó a redactar por apartados los diferentes puntos de este trabajo.

### **3.6 Limitaciones**

La mayoría de la literatura existente suele centrarse en personas adultas y drogodependencias. Aun así, se han encontrado datos referidos al objeto de este trabajo que son los menores en situación de drogodependencias.

## 4. Revisión de la literatura

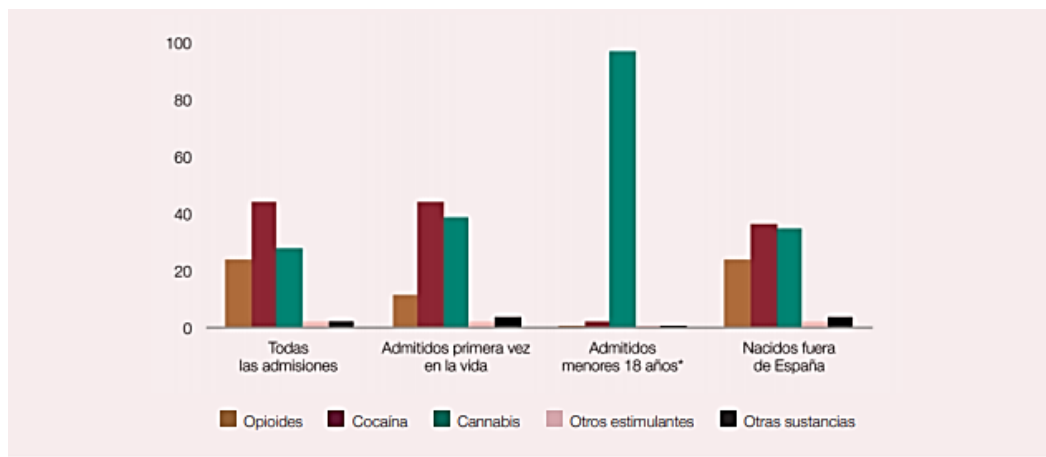
### 4.1 Menores drogodependientes: magnitud

En el presente apartado se pretende ver la magnitud que tienen las drogodependencias en la actualidad entre los menores de 18 años en España.

Las drogadicciones en menores de edad son un problema que ha ido aumentando, ya que los menores cada vez empiezan a consumir a edades más tempranas (de 9 a 12 años) (Aguado et al., 2015)

A continuación, se presentan una serie de gráficas con sus correspondientes tablas sobre el número de jóvenes admitidos a tratamiento por drogas, recogido en la última memoria de OEDA en 2020 (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones).

**Gráfico nº1: porcentaje de admitidos a tratamientos por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal, sin alcohol. España 2018**



**Fuente:** OEDA. Indicador admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. Memoria 2020

**Tabla nº1: Datos del gráfico anterior desglosados**

	Todas las admisiones	Admitidos primera vez en la vida	Admitidos menores 18 años*	Nacidos fuera de España
Opioides	23,7	11,7	0,3	24,0
Cocaína	43,7	44,1	1,9	36,1
Cannabis	28,1	38,5	96,8	34,5
Otros estimulantes	2,0	2,3	0,4	2,0
Otras sustancias	2,5	3,4	0,6	3,4
Número de admisiones	47.972	24.663	3.097	5.429

\* Todos los admitidos a tratamiento menores de 18 años

**Fuente:** OEDA. Indicador admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. Memoria 2020

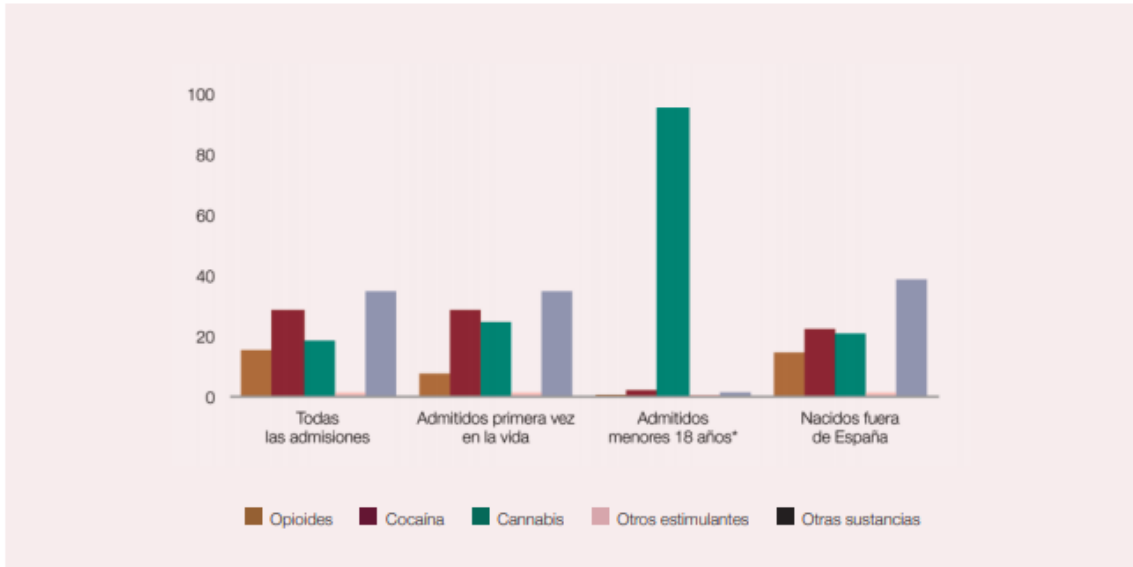
En el siguiente gráfico y tabla se puede observar como una gran parte de las personas que están en tratamiento son menores (3.097).

Es importante señalar el gran peso que tiene el cannabis entre los menores de edad que acuden a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en nuestro país. Hay una gran incidencia en cannabis con respecto al resto de sustancias (96,8%). El inicio temprano del consumo hace que muchos menores tengan que acudir a tratamientos por drogodependencia.

Según otro estudio realizado por la Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD) (2015), el 10% de las personas atendidas en UNAD son menores de 16 años, en su mayoría acuden por un consumo problemático con el cannabis (muchos menores en su inicio de consumo ven a la sustancia como inofensiva).

El siguiente gráfico y tabla que se aportan, también recoge el número de menores en tratamiento en España en el año 2018, también incluyendo el alcohol.

**Gráfico nº2: porcentaje de admitidos a tratamientos por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal, incluyendo alcohol. Menores de 18 años, España 2018**



**Fuente:** OEDA. Indicador admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. Memoria 2020

**Tabla nº2: Datos del gráfico anterior desglosados**

	Todas las admisiones	Admitidos primera vez en la vida	Admitidos menores 18 años*	Nacidos fuera de España
Opioides	15,5	7,6	0,3	14,6
Cocaína	28,4	28,7	1,8	22,0
Cannabis	18,2	25,0	95,4	21,0
Otros estimulantes (anfetaminas, éxtasis, etc)	1,3	1,5	0,3	1,6
Alcohol	34,9	34,9	1,4	39,0
Número de admisiones	74.095	37.906	3.142	8.899

**Fuente:** OEDA. Indicador admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. Memoria 2020

En el siguiente gráfico y tabla se puede observar que una gran parte de las personas que están en tratamiento por drogas son menores (3.142 en total).

Entre el total de personas admitidas a tratamiento hay una mayor incidencia en el consumo de alcohol que en el resto. Sin embargo en menores hay una incidencia alarmante del 95,4% en el consumo de cannabis.

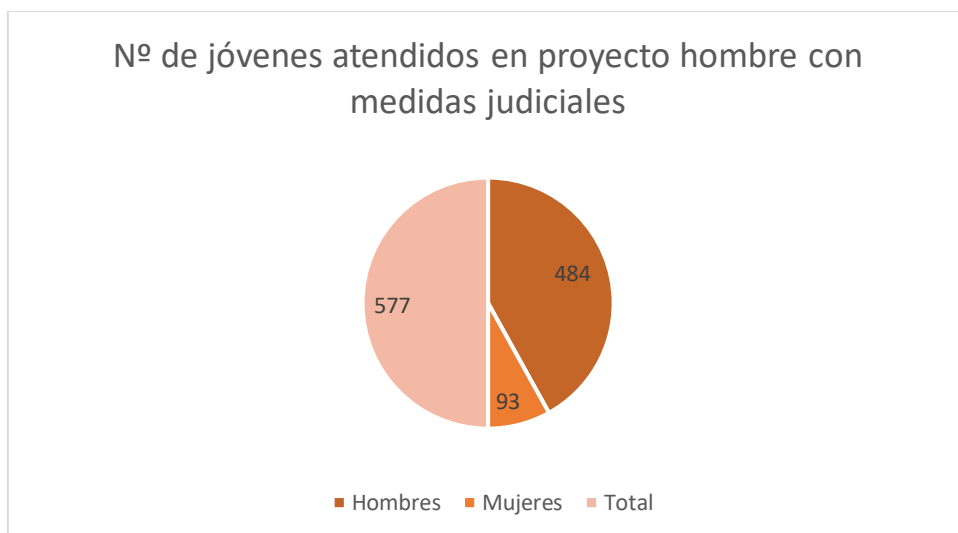
El inicio temprano del consumo y el no ver un riesgo en ello hace que muchos menores tengan que acudir a tratamientos por drogodependencia.

#### **4.2 Drogodependencias e infracciones**

En los últimos años se ha producido un aumento simultáneo tanto de consumidores como de infracciones en jóvenes, lo que indica la existencia de una relación entre ambos hechos. Sin embargo, es una conclusión compleja dados los factores y condiciones sociales que intervienen (Caro y Carreño, 2012).

A partir de los datos de la siguiente gráfica, se puede ver que un total de 577 menores con medidas judiciales fueron atendidos en programas de drogas. De ellos, 484 eran chicos y 93, chicas.

**Gráfica nº3: Jóvenes atendidos en programas de proyecto hombre con medidas judiciales (memoria anual 2019)**



**Fuente:** creación propia a partir de los datos recogidos en la memoria anual de 2019 de proyecto hombre

San Juan, Ocáriz y Germán (2009) establecen cuatro parámetros fundamentales para relacionar el consumo de drogas y menores infractores: la personalidad, el medio social, la sustancia y el contexto jurídico. Por otro lado, Yuste (2003) señala que lo más importante que hay que tener en cuenta son los factores de riesgo y protección.

En una investigación de Ramos y Garrote (2009), en la cual siguen a Otero-López (1997, 1999) concluyen que los resultados de la literatura existente son difíciles de generalizar, dado que intervienen muchos factores y condiciones sociales. La falta de unas conclusiones claras se puede deber a la imposibilidad de obtener una definición universal.

Sin embargo, la investigación de Contreras, Molina y Cano (2011) sí que muestra algunas relaciones entre el consumo de drogas en adolescentes y las infracciones. Estos autores concluyeron que, de la muestra que cogieron, había un mayor porcentaje de menores que eran infractores y que consumían (75'3%), mientras que, entre los que no tenían conductas violentas, solo consumían el 50'3%. También se observó que el grupo de iguales de los menores consumidores con conductas delictivas compartían este tipo de comportamientos. En esa investigación también se muestra como esos menores manifiestan déficits en la tolerancia de la frustración y autocontrol, así como cierta asociación a la violencia. Pero como ya se ha mencionado, estas investigaciones presentan limitaciones dada la dificultad para generalizarlas.

Sin embargo, sí parece que haya estudios más generalizados sobre la relación entre el alcohol, las infracciones y la violencia. Siguiendo a Romay (2007), nos habla de los efectos de ser alcohólicos, que conlleva en muchos casos la ruptura familiar, violencia doméstica, maltrato infantil, agresiones, alteración del orden público entre otros.

Abadías (2015) señala la posible relación entre el consumo de drogas en menores y la violencia filio-parental. En su investigación, muchas familias coinciden en que el consumo de estupefacientes está haciendo a sus hijos más violentos y agresivos, pero, no es fácil de saber si las drogas actúan como predictor de la violencia filio-parental,



como desencadenante... A pesar de todo, la relación de las drogas y la violencia no resulta clara debido a todos los factores de riesgo, sociales, personales... que implica.

Otro estudio de Aroca (2010) basado en las investigaciones de Cottrell (2001) afirmaba que más de la mitad de los progenitores maltratados señalaron que sus hijos consumían. Por esto algunos trabajadores sociales y progenitores apuntaban que el abuso de sustancias era la causa principal de la violencia filio-parental, aunque también se veía como la causa de problemas familiares más profundos.

El consumo de drogas y las conductas delictivas son un proceso complejo y multifactorial por lo que no solo se deben tener en cuenta los aspectos propios de del desarrollo del adolescente, sino que también es importante conocer los factores de riesgo y protección que afectan al individuo, ya que en función de estos una persona puede ser más vulnerable a determinados riesgos (Vicario y Júdez, 2007).

#### **4.3 Drogodependencias y género**

A la hora de explicar el consumo de drogas por género, hay que tener en cuenta que es una construcción social, por lo que debemos incorporar el contexto social como factor central. Los patrones sociales provocan diferencias a la hora de consumir drogas en mujeres y hombres, tanto en los efectos como en el consumo de las distintas sustancias (Cantos, 2016). La socialización diferencial condiciona a cada género a la hora de comportarse (Ramírez, 2019).

Según el informe OEDA (2018) el consumo de drogas legales está más extendido entre las mujeres y el consumo de drogas ilegales en hombres (excepto los hipnosedantes sin receta médica). Sin embargo, con el avance de las sociedades y el desarrollo de una sociedad cada vez más igualitaria, el consumo de drogas por géneros se ha ido igualando (sobre todo en el caso del tabaco y el alcohol) (Sánchez, 2014).

Siguiendo esta línea, Sánchez (2014) también nos habla de que a diferencia de la población adulta entre los adolescentes no hay mucho contraste a la hora de consumir, puesto que, generalmente lo hacen por motivos lúdicos. Sin embargo, sí que hay una

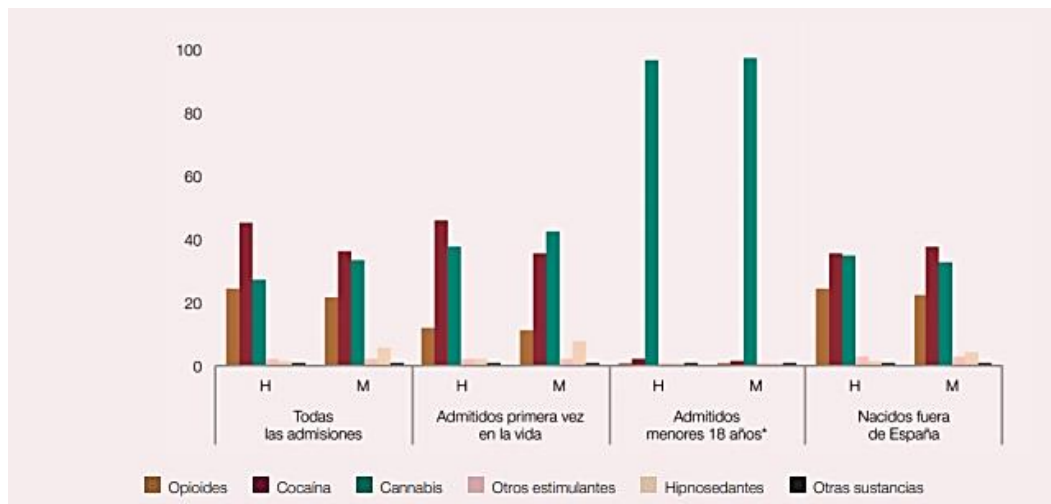
mayor percepción de riesgo por parte de las chicas, que puede deberse al haber sido educadas en un modelo tradicional de roles.

Aunque el consumo sea parecido en chicos y en chicas menores, sí que se observa una diferencia en los motivos por los que comienzan a consumir. Los nuevos roles, la imagen, las relaciones de pareja y el ocio incrementan el consumo en las niñas (Blanco, Sirvent y Palacios 2005).

En una investigación realizada por Aguilar (2020), se concluye que, en cuanto a variables personales y sociales, había poca diferenciación entre chicos y chicas consumidores. Sin embargo, en cuanto a variables familiares, sí que se percibían ciertas desigualdades: las chicas consumidoras se comunican de forma agresiva con sus padres, sienten que pertenecen a familias con dificultades para comunicarse, menos cohesionadas y más conflictivas.

A continuación, presento un gráfico y una tabla sobre las personas admitidas a tratamiento de drogas en España 2018 (centrándome en los menores y diferencias entre hombres y mujeres).

**Gráfico nº4 Porcentaje de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal, sin alcohol, en función del sexo. España 2018**



**Fuente:** OEDA. Indicador admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. Informe 2020

**Tabla nº3: A continuación, se presentan los datos del gráfico anterior desglosados**

	Todas las admisiones		Admitidos primera vez en la vida		Admitidos menores 18 años*		Nacidos fuera de España	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Opioides	24,1	21,7	11,8	11,4	0,3	0,3	24,4	22,2
Cocaína	45,2	36,5	46,1	35,4	1,9	1,7	35,8	37,9
Cannabis	27,0	33,2	37,5	42,6	96,8	97,1	34,9	32,5
Otros estimulantes	1,9	2,3	2,3	2,2	0,3	0,4	2,7	2,8
Hipnosedantes	1,4	5,9	1,9	7,8	0,2	0,1	1,6	4,3
Otras sustancias	0,4	0,4	0,4	0,6	0,5	0,4	0,6	0,3
Número de admisiones	39.894	8.037	20.092	4.553	2.408	688	4.570	856

\* Todos los admitidos a tratamiento menores de 18 años.

**Fuente:** OEDA. Indicador admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. Informe 2020

Podemos observar que, en nuestro país, hay gran cantidad de menores de 18 años que están en tratamiento por drogas (un total de 3.096) y que existe una gran diferencia entre el número de hombres (2.408) y mujeres (688).

El cannabis se consolida como la principal droga entre menores para el tratamiento, siendo prácticamente igual en hombre y mujeres (96,8% hombres, 97,1% mujeres).

Que haya un mayor número de chicos en tratamiento que chicas se debe a que las jóvenes con problemas de abusos o dependencias a las drogas sufren más estigma cultural y muchas más barreras a la hora de acceder a los servicios asistenciales que los chicos, condicionando negativamente su continuidad y evolución en los programas de tratamiento. Así mismo en nuestro país, la mayoría de tratamiento de drogas han sido pensadas para los hombres dificultando la actuación con mujeres (Sánchez 2014).

#### **4.4 Drogodependencias y MENAS**

La llegada de menores extranjeros no acompañados a España ha pasado de ser algo puntual a convertirse en uno de los colectivos de atención prioritarios. Sin embargo, la protección jurídica, policial, asistencial y psicológica de estos menores muchas veces no es nada adecuada a sus circunstancias específicas y necesidades (Fuentes, 2014).

Según Márquez y Pastor (2010) numerosas investigaciones muestran la relación entre las drogas y los MENAS que llegan a nuestro país. En ocasiones esto viene determinado por los hábitos normalizados de su país de origen, en otras ocasiones por la influencia del grupo con el que vienen a nuestro país (en su mayoría iniciaron el consumo en el proceso de emigración).

En las últimas décadas ha habido diferentes definiciones de MENA. A continuación, expongo algunas para aproximarnos al concepto:

El Consejo de la Unión Europea, en el artículo 1 de la resolución del 26 de junio de 1997, define MENA como:

*“Menores de 18 años nacionales de países terceros que lleguen al territorio de los Estados miembros sin ir acompañados de un adulto responsable de los mismos, ya sea legalmente o con arreglo a los usos y costumbres, en tanto en cuanto no estén efectivamente bajo el cuidado de un adulto responsable de ellos”.*

Por otra parte, la ACCEM (s.f.) define MENA como: *“chicos y chicas menores de 18 años, de origen extranjero, que se encuentran separados de sus padres y que tampoco están bajo el cuidado de ningún otro adulto”.*

No se puede establecer un patrón común porque las pautas de consumo de estos menores son diferentes, pero a raíz de las investigaciones se ha extraído que la droga más consumida entre los MENAS son los inhalantes o disolventes. La mayoría de ellos iniciaron este consumo en su país de origen, en las ciudades fronterizas, es decir, en el proceso de emigración debido al tiempo que pasaron en la calle. Este tipo de droga la usan para evadirse del hambre, frío, miedo, pero a veces la estancia es tan larga que acaban volviéndose dependientes (Márquez y Pastor, 2010).

Los MENAS conocen muy bien las consecuencias de consumir, pero para ellos es un modo de superar sus problemas al ver imposible la consecución de los objetivos que esperaban al llegar a España, por lo que hablamos de tres factores de riesgo fundamentales en el consumo: el proceso de emigración y sus problemas, el choque de

la realizad al llegar a nuestro país y el desarraigo familiar que sufren en la emigración (Asociación de trabajadores e inmigrantes marroquíes en España, 2009).

Una investigación de Arbex y Jiménez (2004), señala que hay problemas a la hora de atender a estos menores en drogodependencias, ya que presentan muchas necesidades sociales, educativas, sanitarias... sin encajar en ningún recurso y al rotar frecuentemente en los diferentes dispositivos de la red asistencial. A su vez también hay dificultades para captar a estos menores e integrarlos en un tratamiento de drogodependencias:

- No aceptan cuidados.
- No llegan a admitir que sufren problemas con el consumo.
- Los tratamientos deben de ser voluntarios para que sean eficaces y no se les puede obligar (es importante convencer a los menores y motivarles para que inicien los tratamientos).
- Algunos presentan problemas de salud mental (no hay recursos para estos menores con problemas de salud mental y drogodependencia).

También se añaden los problemas de falta de redes sociales y familia, la situación de exclusión social, las dificultades para pagar recursos terapéuticos, la falta de información en su idioma, miedo a ser deportados (Empez, 2015). Además, muchos se encuentran en la calle y los tratamientos de drogodependencias deben tener en cuenta este contexto y separarlos de este mundo ya que es un entorno en el que las drogas y la agresividad están presentes (Obieta et al., 2006).

Así mismo Setién y Barceló (2008) apuntan que, en el sistema de atención a estos menores hay una insuficiencia en prestaciones sanitarias y en garantizar los derechos de la salud especialmente en el consumo de drogas.

#### 4.5 Perspectivas teóricas sobre drogodependencia

Las drogodependencias requieren mucho tiempo y paciencia y los jóvenes acuden en busca de ayuda poco motivados y convencidos de que no puedan solucionar sus problemas. Para su tratamiento, el personal especializado se apoya en diversas teorías (Quintero, 2015).

Quintero (2015), siguiendo a Becoña y Martín (2004), establece que hay tres grandes grupos de teorías y modelos explicativos sobre el consumo de drogas: teorías parciales o basadas en pocos componentes, teorías de estadios y evolutivas y, por último, teorías integrativas y comprensivas.

Dentro de cada gran grupo podemos ver que hay diferentes teorías. A continuación, expongo una tabla con ellas (Quintero, 2015).

**Tabla nº4: Teorías y modelos explicativos del consumo de drogas**

	1. Teoría y modelos biológicos	1.1 La adicción como un trastorno con sustrato biológico 1.2 La hipótesis de la autodeterminación
	2. Modelo de salud pública, de creencias de salud y de competencias	
	3. Teorías del aprendizaje	3.1 Condicionamiento clásico
		3.2 Condicionamiento operante
		3.3 Teoría del aprendizaje
	4. Teorías actitud-conducta	4.1 Teoría de la acción razonada
		4.2 Teoría de la conducta planificada
	5. Teorías psicológicas basadas en causas intrapersonales	5.1 Del modelo de mejora de la estima de Kaplan et al., a la teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan
		5.2 Modelo basado en la afectividad de Pandina et al.
	6. Teorías basadas en la familia y en el enfoque sistémico	
7. El modelo social de Pelee		

Teorías parciales o basadas en pocos componentes	8. Otros modelos teóricos	8.1 Modelo de Becker
		8.2 Modelo de Burgess
		8.3 El modelo de afrontamiento del estrés de Wills
Teorías de estadios y evolutivas	1. Modelo evolutivo de Kandel	
	2. Modelo de etapas motivacionales multicomponentes de Werch y Diclemente	
	3. Modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes de Kim et al.	
	4. Teoría de la madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie	
	5. Teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz de Newcomb	
	6. Modelo psicopatológico del desarrollo de Glantz	
	7. Modelo de enfermedad del desarrollo psicosocial de la dependencia de drogas de Chartlos	
	8. Teoría de la socialización primaria de Oetting et al.	
Teorías integrativas y comprensivas	1. Modelo de promoción de salud	
	2. Teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva social de Bandura	
	3. Modelo del desarrollo social de Catalano, Hawkins et al.	
	4. Teoría internacional de Thornberry	
	5. Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor	
	6. Teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes de Jessor	
	7. Modelo integrativo general de la conducta de consumo de drogas de Botvin	
	8. Modelo de estilos de vida y factores de riesgo que lo condicionan de Calafat et al.	
	9. Teoría de la influencia triádica de Deflay y Petraitis	
	10. Modelo de autocontrol de Santacreu et al.	

**Fuente:** Quintana, 2015 que a su vez ha seguido a Becoña y Martín, 2004, p.100

Siguiendo a Quintero (2015) que a su vez resume las teorías expuestas en el trabajo de Becoña (1999), dada la cantidad de teorías y modelos que hay, describiré los más relevantes.

-Modelo evolutivo de Kandel: este modelo alude a que el consumo de drogas sigue una secuencia. Se empieza por sustancias de iniciación (las drogas legales) y que sirven como facilitador para otras sustancias (en un segundo paso suele ser la marihuana y luego ya el resto de las drogas ilegales).

Kandel en sus estudios destaca cuatro fases por las que pasan los consumidores: 1) cerveza o vino, 2) cigarrillos o licores, 3) marihuana y 4) otras drogas ilegales. Pero esta secuencia no necesariamente se tiene que dar en todas las personas igual.

Para Kandel hay factores que influyen en el consumo o no de las drogas ilegales, la familia y los iguales (la conducta y valores que la persona adquiere se da en su mayoría por las relaciones sociales) y junto a estas también se tienen en cuenta la influencia interpersonal e intrapersonal. Kandel y Davis (1992) afirman que las conductas producidas por las drogas son el resultado de la interacción de características individuales y la influencia de grupos sociales a través de la imitación (observa y repite las conductas de otros) y el reforzamiento social (siguen los valores y conductas que padres e iguales consideran apropiados). La relación con la familia es importante, también se ha visto relacionada en la teoría del control de la delincuencia, teniendo efecto protector en conductas desviadas o actividades ilegales.

Kandel llega a cinco conclusiones con relación a la influencia de las familias e iguales en los jóvenes:

- La influencia de la familia y los iguales varía de unos temas a otros (los iguales tienden más a las conductas desviadas y la familia a temas educativos).
- Los padres tienen efectos directos e indirectos sobre la conducta desviada de sus hijos.
- Los padres tienen mayor influencia en etapas de vida temprana, mientras que los iguales ganan más importancia a medida que crecen.
- Los padres pueden influenciar en el tipo de iguales con los que se relaciona su hijo.
- El compromiso con la escuela puede ser importante para la protección y la contención del consumo.



Concluye pues que es importante mejorar el sistema educativo.

-Teoría de la socialización primaria de Oetting et al.: su premisa principal es que todas las conductas sociales humanas son aprendidas, las conductas desviadas como el consumo de drogas, también son aprendidas en el proceso de socialización primaria.

En toda sociedad hay un modo de aprender las normas sociales, siendo la familia el primer elemento de socialización. Si en ella hay problemas (como el consumo de drogas) esto incrementa la probabilidad de que el niño lo haga.

El segundo elemento es la escuela, en estas puede haber problemas como carencia de recursos, de disciplina, mal profesorado, etc. que puede favorecer las conductas desviadas.

El tercero sería el grupo de iguales.

Si los vínculos entre el niño y la familia y la escuela son fuertes, estos desarrollan normas prosociales, pero, si son débiles, la socialización primaria durante la adolescencia será dominada por los iguales. Si no se interiorizan normas prosociales y con iguales desviados, es más probable que lleven a cabo conductas desviadas.

Los rasgos personales como características físicas, emocionales y sociales influyen en el proceso de socialización, actuando como factores de riesgo o protección en las conductas desviadas.

Esta teoría indica que el paso de la socialización primaria al consumo de drogas se puede producir por dos vías:

1. La adicción a las drogas sucede por la socialización.
2. Por la dependencia de un estilo de vida basado en el consumo de drogas.

Cuando el consumo de drogas está presente en el estilo de vida suele ser por la vinculación al grupo de iguales desviados. También se tiene en cuenta que hay personas que consumen por motivos biológicos (consumir para aliviar problemas emocionales)

La comunidad como fuente de socialización secundaria puede influir para aumentar o disminuir las oportunidades para la socialización primaria, mejorando o empeorando los vínculos e influir en las normas.

Como fuentes secundarias se encuentra la comunidad, la familia extensa, los grupos que forman asociaciones, la religión, medios de comunicación.

Oetting et al. (1998: citado en Becoña, 1999) analizan la influencia de la cultura con el consumo de drogas. La cultura influye en la socialización primaria y a su vez la socialización influye en la cultura produciendo cambios que se transmiten en la socialización primaria por la familia, escuela y grupo de iguales (como ocurre en el paso de generación en generación). La cultura tiene gran importancia para determinar las normas para el consumo.

-Teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva social de Bandura: la teoría del aprendizaje social o teoría cognitiva (las más importante de las drogodependencias), es una teoría psicológica basada en el aprendizaje, la persona y la cognición junto a los aspectos del ambiente en el que se lleva a cabo la conducta. Permite conceptualizar el problema de la dependencia a distintas sustancias, considerando los elementos que llevan a su inicio, mantenimiento y abandono.

La teoría del aprendizaje social fue propuesta por Bandura (1977b, 1986), quien incluyó el aprendizaje social, vicario o de modelos y técnicas de modelado que permiten explicar y cambiar ciertas conductas. Posteriormente, se pasó a llamar teoría cognitiva, en la que destaca el concepto de autoeficacia para poder explicar la conducta (sin olvidar el resto de las variables indicadas).

La teoría del aprendizaje introduce a la persona y a sus atributos.

Bandura a diferencia de las conductas humanas del condicionamiento clásico y operante propone tres sistemas de regulación de la conducta humana:

1. El primero está formado por los acontecimientos o estímulos externos que afectarían a la conducta a través de los procesos del condicionamiento clásico.

2. El segundo son las consecuencias de la conducta en forma de refuerzo externo y que ejercen su influencia a través de los procesos del condicionamiento operante.
3. El tercero son los procesos cognitivos que regulan la influencia del medio determinando los estímulos a los que se prestará atención, la percepción de estos y la propia influencia que estos ejercerán sobre la conducta futura.

Bandura también nos habla del aprendizaje vicario que se define como “proceso de aprendizaje por observación en el que la conducta de un individuo o grupo (el modelo) actúa como estímulo de pensamientos, actitudes o conductas similares por parte de otro individuo que observa la actuación del modelo” (Perry y Furukawa, 1987, p.167). Este tipo de aprendizaje se da especialmente en conductas agresivas y violentas. Para que se de este aprendizaje la persona tiene que atender y tener capacidad para retener la información y se produce la ejecución si la persona realiza dicha conducta en el proceso de reproducción motora. La adquisición y repetición de la conducta van a depender de las consecuencias que reciba el modelo. Si son positivas, se incrementa la probabilidad de que se ejecute la conducta por parte del observador, pero si son negativas la probabilidad disminuye.

Posteriormente, renombró la teoría del aprendizaje social como teoría cognitiva social. En ella, señala que la conducta, los factores cognitivos y otros personales y las influencias ambientales operan de modo interactivo como determinante de los demás (la influencia de los tres tipos de factores varía en función de las actividades, de los individuos y las circunstancias).

Una segunda característica de esta teoría hace referencia a como se define la naturaleza humana, que especifica a través de las capacidades básicas de la persona, incluyendo:

- Capacidad de simbolización: capacidad de usar símbolos como medio de cambio y adaptación a su ambiente.
- Capacidad de previsión: la gente no reacciona a su ambiente inmediato ni se conduce por su pasado, muchas de sus conductas están reguladas por la previsión.

- Capacidad vicaria: el aprendizaje puede ocurrir observando vicariamente la conducta de otras personas y las consecuencias derivadas de esta.
- Capacidad autorreguladora: regulación de la conducta por patrones internos y reacciones autoevaluativas de las propias acciones de la persona.
- Capacidad autorreflexiva: la persona analiza sus experiencias y piensa sobre los propios procesos de pensamiento.
- La naturaleza de la naturaleza humana: se caracteriza por una vasta potencialidad de experiencia directa y observacional, integrada en una variedad de formas dentro de los límites biológicos.

Y un tercer aspecto importante ya dicho es la relación entre los factores cognitivos, junto con el ambiente y la conducta. La concepción del individuo sobre sí mismo y sobre la naturaleza de sus pensamientos se desarrolla y verifica a través de:

- La experiencia directa
- La experiencia vicaria
- Juicios manifestados por otros
- Deducciones a partir de conocimientos previos

Una cuarta característica importante estaría alrededor del concepto de autoeficacia que, está implicado en la adquisición, cambio y mantenimiento de conductas.

En cuanto a las conductas aditivas (Schippers, 1991) parte de:

1. La conducta aditiva está medida por las cogniciones, compuestas de expectativas que son creencias sobre los efectos de la conducta de consumo.
2. Las cogniciones se dan por la interacción social y a través de las experiencias con los efectos farmacológicos (directos e interpersonales indirectos).
3. Los determinantes principales del consumo son los significados de la conducta.
4. Los hábitos de consumo desarrollados pueden incrementarse por el estrés y los límites de conductas alternativas.
5. La recuperación va a depender del desarrollo de habilidades para afrontar alternativas.

Esta teoría también es importante porque se usa en muchos programas preventivos.

Modelo del desarrollo social de Catalano, Hawkins et al.: este modelo trata de explicar la conducta antisocial a través de las relaciones predictivas del desarrollo (importante los factores de riesgo y protección).

Se pretende explicar y predecir el comienzo, escalada, mantenimiento, desescalada y abandono de las conductas antisociales (como delincuencia y uso de drogas). Este modelo predice no sólo la conducta antisocial, la prosocial también.

En cuanto a las conductas antisociales, los factores de riesgo tienen gran peso, es el resultado de factores biológicos, psicológicos y sociales en el individuo, familia, escuela, grupo de iguales y comunidad.

Tres elementos fundamentales que incorporan el modelo de desarrollo social son:

1. Inclusión de la conducta delictiva y el uso de drogas en un mismo modelo.
2. Perspectiva del desarrollo (lleva submodelos específicos para diferentes edades).
3. La inclusión de los factores de riesgo y protección para la delincuencia y el uso de drogas.

El primer elemento fundamental es que los seres humanos buscan satisfacción y la conducta humana va a depender de la satisfacción que espera recibir. Esto es derivado de la teoría del aprendizaje social.

El segundo elemento es un consenso normativo que está en nuestra sociedad.

Consideran al modelo del desarrollo social el resultado de la síntesis de la teoría de control, la teoría del aprendizaje social y la teoría de la asociación diferencial, por lo que la familia, la escuela y los iguales pueden ser sitios de prevención dependiendo de la etapa del niño.

El niño aprende patrones de conducta (prosociales y antisociales) de los agentes de socialización a través de un proceso que implica:

- Oportunidades percibidas para implicarse en actividades e interacciones con otros.
- Grado de implicación e interacción.

- Habilidades para participar en las implicaciones e interacciones.
- Reforzamiento que ellos perciben como próximo desde las implicaciones e interacciones.

Cuando el vínculo es consistente se desarrolla un vínculo entre el individuo y el agente socializador, si el vínculo es fuerte puede actuar sobre la conducta del individuo.

Gráfica nº5: Proceso de socialización de los menores



Fuente: Quintero, 2015. Modelo adaptado de Catalano y Hawkins, 1996

Esto nos lleva a que la conducta antisocial surge cuando:

- La conducta prosocial se rompe debido a que a la persona se le niega la participación en la vida prosocial, porque no cuenta con habilidades o no se le refuerzan las conductas prosociales.
- Cuando considera que tiene más beneficios llevando a cabo conductas antisociales.
- Cuando la familia, escuela o iguales a las que está vinculado el niño tiene creencias o valores antisociales.

Cada etapa del niño a lo largo de su vida implica transiciones con mantenimientos y cambios, la conducta no es estática pudiéndose cambiar la conducta antisocial a través de distintos eventos y contextos sociales.

Con este modelo se pueden diseñar programas de intervención. Implicaciones del modelo:

1. Cada uno de los elementos causales de este modelo es un elemento potencial de intervención.
2. Se pueden usar intervenciones múltiples porque hay múltiples caminos de la conducta antisocial.
3. Para romper con los elementos causales de la conducta antisocial hay que usar elementos prosociales.
4. Es importante intervenir temprano.
5. Intervenciones adaptadas a la etapa del desarrollo.
6. Las transiciones pueden interrumpir los pasos causales.

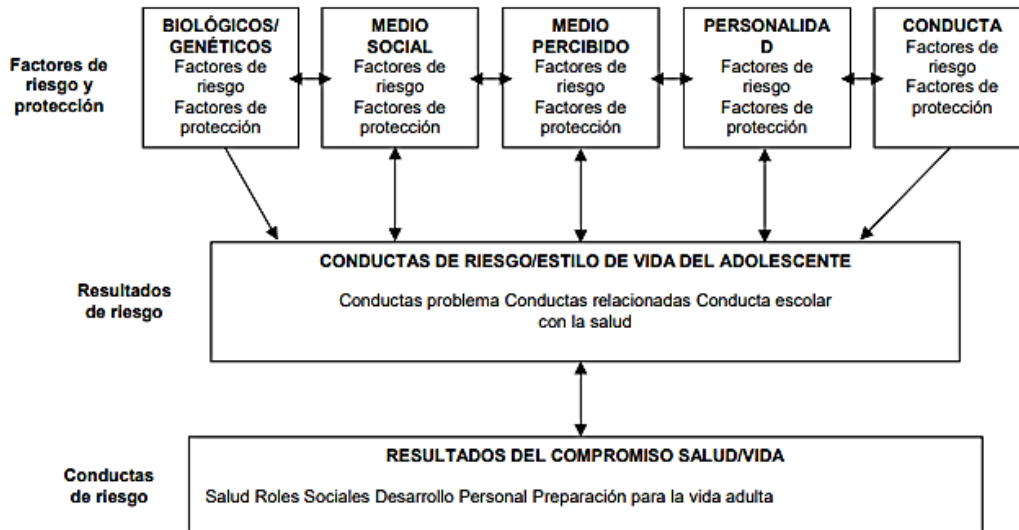
Este modelo permite introducir elementos prosociales a la vez que se rompe con los que llevan a la conducta antisocial.

Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor y teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes de Jessor: estas teorías son importantes en conductas de problemas en general y drogodependencias, se basan en tres sistemas explicativos que son la personalidad (valores, creencias, actitudes, orientaciones hacia si mismo o hacia otros), el ambiente (apoyos, influencias, controles, modelos y expectativas de otros) y la conducta (resultado de la interacción de la personalidad y la influencia ambiental) interrelacionados y organizados entre sí para explicar la conducta o la probabilidad de que esta ocurra.

La teoría de la conducta problema se ha aplicado para el consumo de la marihuana y otra conducta ilícitas con el alcohol, cigarros, sexo precoz... debido a que son vistas como conductas problemas para la sociedad (Donovan, 1996).

Junto a esta surge la teoría de la conducta de riesgo de adolescentes, esta considera factores de riesgo y protección, unas conductas de riesgo y unos resultados de riesgo.

Gráfica nº6: Representación gráfica de la teoría de la conducta de riesgo de la adolescencia



Fuente: Quintero, 2015 que a su vez es una adaptación de Jessor y Jessor, 1977

Dan gran peso a la pobreza, la desigualdad y discriminación que puede provocar conductas problemas en los adolescentes.

Los datos se basan en dos fuentes: la epidemiología conductual y la psicología del desarrollo y social. La epidemiológica conductual ha permitido detectar importantes factores de riesgo.

Este modelo presenta cinco grupo o factores de riesgo o protección que sirven como marco para las conductas de riesgo de los adolescentes:

1. Factores biológicos/genéticos: se tiene en cuenta la historia familiar del alcoholismo como factores de riesgo y la alta inteligencia como protección.
2. Medio social: como factor de riesgo la pobreza, la anomía normativa, la desigualdad racial y las oportunidades ilegítimas y de protección la escuela de calidad, la familia cohesionada, disponibilidad de recursos vecinales y adultos interesados.
3. Medio percibido: los factores de riesgo son los modelos de conducta desviada y conflictos normativos entre padres y amigos y los de protección modelos de conducta convencional y altos controles de conducta desviada.



4. Personalidad: como factores de riesgo están la percepción de pocas oportunidades, poca autoestima y tendencia a correr riesgos y de protección la valoración de los logros, la salud y la intolerancia a la desviación.
5. Conducta: como factores de riesgo los problemas de alcohol y el bajo rendimiento escolar y como factores de protección asistencia a la iglesia y la participación en clubs escolares y voluntarios.

Este modelo es complejo ya que no es estático y los cambios pueden darse en todos los elementos y encontrar distintas conductas.

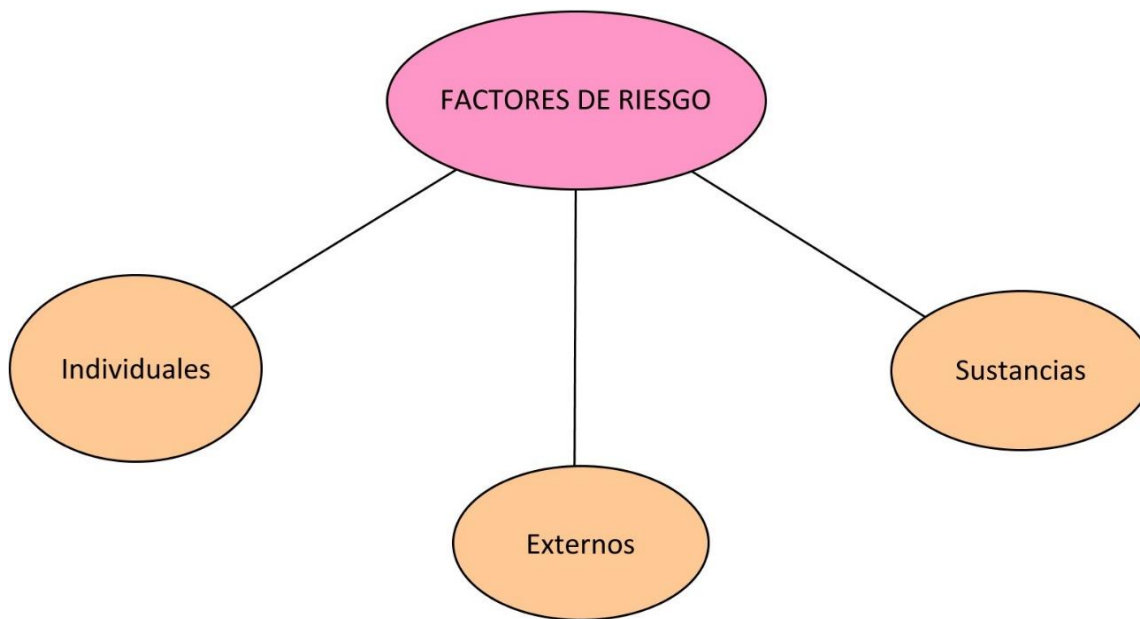
Esta teoría se utiliza tanto para prevención como para intervención y se basa en un abordaje comprensivo, no se debe cargar toda la responsabilidad en el individuo ya que el contexto tiene gran peso. Se trata de reducir los factores de riesgo y aumentar los de protección.

#### **4.6 Factores de riesgo en el consumo de drogas en menores**

Entendemos por factores de riesgo: “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)” (Pérez, 2008 siguiendo a Clayton, 1992, p. 15).

Los factores que determinan que el menor desarrolle un problema de abuso/dependencia son de naturaleza multifactorial, la vulnerabilidad del individuo se verá aumentada en presencia de determinados factores de riesgo (Payá y Castellano, 2008).

Gráfico nº7: Factores de riesgo



Fuente: elaboración propia

Siguiendo a Fernández (2010) que a su vez sigue a Laespada (2004), define factores individuales como las circunstancias y características internas del individuo, a su forma de ser sentirse, comportarse. Peñafiel Pedrosa (2009), divide los **factores de riesgo individual** en:

-Edad: el comienzo del consumo suele situarse entre los 13 y 15 años ya que es la etapa más vulnerable para la iniciación. Los cambios fisiológicos, psicológicos y socioculturales y su asimilación van a ser cruciales para considerarse factores de riesgo o de protección.

-Sexo: la prevalencia de las diferentes drogas entre mujeres y hombres van a considerarse de riesgo en algunas ocasiones y de protección en otras; esta tendencia va variando con el tiempo.

-Actitudes, creencias y valores: el pensamiento que tengan los jóvenes hacia las drogas sobre el hecho de consumir y sus efectos, así como lo que experimenten con ellas va a marcar las pautas de consumo.

-Percepción de riesgo: si la percepción es positiva va a fomentar su consumo. Los jóvenes suelen tener una percepción menor de riesgo en el consumo de drogas, por lo

que es fundamental proporcionar información adecuada sobre las sustancias, efectos y consecuencias. Está relacionada con las actitudes, creencias y valores.

-Habilidades sociales: la capacidad de interacción social (patrones de conducta que se van configurando a través de la experiencia), va a suponer un riesgo o protección, la falta de ellas suele estar relacionado con una mayor probabilidad de consumo. Un ejemplo podría ser el no saber decir que “no”.

-Autoconcepto y autoestima: autoconcepto es la imagen que cada persona tiene de sí misma y la autoestima es la valoración que damos de esta imagen que tenemos. Una baja autoestima y autoconcepto están relacionados con una mayor vulnerabilidad ante las presiones de los pares para llevar a cabo comportamientos de riesgo. Hay que tener en cuenta que el autoconcepto y autoestima pueden variar en función del ámbito. En el caso de menores aún no están bien definidos y es fundamental desarrollarlo de forma sana y equilibrada ya que van a marcar su futuro.

-Autocontrol: un bajo autocontrol de los sentimientos y conducta supone un aumento de la probabilidad de consumo ya que tiende a aumentar la cantidad de consumo y la cronicidad de la droga. En menores el autocontrol suele ser bajo

-Experimentación y búsqueda de sensaciones: marcado por una búsqueda de experiencias e incrementar las sensaciones, sin tener en cuenta el riesgo. Si los jóvenes perciben el consumo de drogas como algo positivo la tendencia al consumo será mayor

-Accesibilidad a las drogas: la disponibilidad de drogas es un factor directo de consumo y se ha demostrado que es un factor de riesgo relacionado con el inicio y mantenimiento del consumo.

-Personalidad de consumo y conducta antisocial: hay estudios que apuntan a que las conductas “desviadas” están relacionadas con el consumo de drogas, al igual que tener amigos conflictivos y mostrar conductas violentas.

-Conformidad con las normas sociales: la sociedad regula muchas conductas, entre ellas el consumo de drogas, esto puede llevar a que las personas las consuman por el simple hecho de ser ilegales.

-Tolerancia a la frustración: algunas personas que no son capaces de gestionar la frustración acuden a formas rápidas de mejorar esa sensación y las drogas suelen parecer un medio inmediato de satisfacción.

-Aprobación social y autonomía respecto al grupo: algunas personas necesitan tener la aprobación de los demás, lo que puede llevar al consumo de drogas y situaciones de riesgo por obtener esa aprobación. Este tipo de aprobaciones suele ser más buscada por los jóvenes, constituyendo un grave factor de riesgo.

Así mismo, siguiendo la misma línea de Peñafiel Pedrosa (2009), nos habla también de **los factores externos** que hacen referencia al contexto del individuo, es decir, la escuela, la familia, los amigos... estos influyen directamente sobre el individuo quien aprende conductas y las refuerza a partir de la interacción con estos. Dentro de los externos se divide en microsocioal y macrosocioal.

Microsocioal: hace referencia a las personas más cercanas al individuo, aquello que le rodea:

-La escuela: el grupo de amigos influye en su comportamiento, pudiendo tener efectos negativos; la experiencia escolar negativa (absentismo, actitudes negativas con el profesorado, bajo rendimiento y/o fracaso escolar) suelen estar relacionadas con una mayor probabilidad de consumo de drogas; el clima escolar y estilo educativo, es decir, las condiciones del centro, sus valores, normas, estilo van a ser determinantes para que sea un factor de riesgo o de protección.

-Grupo de amigos: es un factor fundamental para el comportamiento de las personas, ya que son la variable más influyente a la hora de explicar el consumo de drogas. Cuando los amigos del sujeto consumen drogas, este tiene mayor probabilidad de consumirla y pueden permitir una mayor adaptación al grupo, estos factores pueden estar vinculados con la percepción, la autoestima y el autoconcepto, con las habilidades sociales...Las actividades de ocio son un fuerte predictor de consumo (ir a bares, discotecas son factores de riesgo).

-La familia: la familia ejerce una gran influencia sobre el consumo de drogas de los menores. Influyen aspectos como:

- La cohesión familiar.
- Las relaciones afectivas: una percepción negativa de las relaciones y del clima familiares, rechazo de los padres hacia los hijos, no hacer cosas juntos favorece al consumo como medio de escape.
- El estilo educativo: los déficits o excesos de disciplina son factores asociados al consumo de drogas, así como la ausencia de comunicación, inconsistencia en las normas, límites poco claros y expectativas poco realistas.
- La influencia familiar: el comportamiento que tenga el núcleo familiar va a ser observado y aprendido por el menor. El uso de drogas en el hogar puede condicionar a que este consuma.

Una actitud permisiva con las drogas también va a favorecer a que el menor consuma en un futuro.

Macrosocial: características sociales y culturales del entorno, según Mayor (1995) y Gutierrez (2007), citados en Sixto-Costoya y Olivar (2018) son: los valores, el sistema social, políticas educativas, legislación, dimensión transcultural y los medios de comunicación y publicidad; No solo hay que tener en cuenta la influencia directa, también la indirecta. Larrosa y Palomo (2012) señalan como factores de riesgo comunitarios las transiciones y la movilidad en la comunidad, así como la desorganización, el poco apego hacia el vecindario, las leyes y normas favorables hacia el consumo y la disponibilidad percibida de estas.

En cuanto a la **sustancia** los efectos del consumo van a depender de múltiples factores como la sustancia consumida, la cantidad (Lucas, 2014). Hay una serie de características que van a suponer un riesgo (Gálligo, 2007):

-Tipo de sustancia: hay drogas estimulantes, son sustancias que estimulan la actividad del sistema nervioso central, es decir, intensifican la actividad cerebral (cafeína, metanfetamina, cocaína...). Drogas depresoras son sustancias que entorpecen el funcionamiento habitual del cerebro, es proceso de adormecimiento cerebral (alcohol, barbitúricos, cannabis...). Drogas perturbadoras son sustancias que trastocan el

funcionamiento del cerebro produciendo alucinaciones, distorsiones (LSD, éxtasis, mescalina...).

-Dosis: dosis mínima eficaz es aquella en la que se manifiestan los efectos buscados al consumir la sustancia, dosis mínima tóxica aquella en la que se manifiestan los efectos tóxicos.

-Vía de administración: oral, intramuscular, intravenosa, esnifada, inhalada o transmucosa (no todas las sustancias admiten todas las vías). En función de la vía así será la intensidad y rapidez de los efectos y posibles complicaciones como transmisión de patógenos, úlceras...

-Asociación a otras sustancias: el consumo de más de una droga aumenta los riesgos.

-Valoración social: las drogas institucionalizadas son legales y de uso normativo por lo que son más fáciles de adquirir que las no institucionalizadas.

-Potencial de abuso y dependencia: las características farmacodinámicas de las drogas pueden llevar a la dependencia física si esta se consume de forma continuada y esta dependencia física a su vez puede dar lugar a la tolerancia y al síndrome de abstinencia.

#### **4.7 Consecuencias del consumo de drogas en menores**

Según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (2018) el abuso de sustancias por parte de los jóvenes incrementa la probabilidad de desempleo, problemas de salud física, relaciones sociales disfuncionales, tendencia a suicidio, enfermedades mentales y puede reducir la esperanza de vida.

Casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la carga total de morbilidad en adultos están relacionados con enfermedades o comportamientos que se inician durante la juventud por lo que es importante conocer los patrones de consumo actuales, los tipos de sustancias, entre otros. Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010).

En los últimos años se ha observado cómo ha ido aumentando el consumo de drogas entre menores. Aunque los efectos inmediatos del consumo de drogas pueden

percibirse positivos para la persona, como pueden ser la sensación de euforia, de ausencia de problemas, relajación y sensación de bienestar, energía y placer entre otros; a corto y largo plazo se pueden ver consecuencias negativas en distintos ámbitos.

En el ámbito de la salud además de llevar a cabo conductas de riesgo como compartir jeringuillas, llevar a cabo prácticas sexuales sin protección, también se pueden producir daños a largo plazo como problemas en el aparato respiratorio (bronquitis, pulmonares), cardiovasculares (hipertensión, arritmias), cerebrales (neurotoxicidad, infarto cerebral), en el organismo (sinusitis, problemas dentales, insomnio, convulsiones), psicológicos (ansiedad, depresión, esquizofrenia) (CuidatePlus, drogas y adolescentes, 2019).

En cuanto al impacto personal hay otras posibles consecuencias como el fracaso escolar, la probabilidad de desarrollar un patrón de dependencia y producir trastornos mentales de nivel psicótico, así como una mayor incidencia del trastorno negativista desafiante, trastornos disociales. Y en relación con el impacto social uno de los mayores problemas son las conductas delictivas (el consumo prematuro de sustancias adictivas puede estar directamente relacionado con las actividades predelictivas y además actúa como una variable predictora de la reincidencia delictiva (Espinoza ,2018).

Siguiendo esta línea, otro estudio realizado por Comparta (2018), señala también problemas familiares, relacionales y sociales (la persona pierde interés en sus aficiones y otras actividades); conductas antisociales (abandono de los estudios); aislamiento (en algunos casos los jóvenes pueden aislarse de la familia, estudios, trabajo y en casos graves de consumo pueden llegar a aislarse social y personalmente dejando de preocuparse por su apariencia física e higiene, los consumidores pueden vivir por y para la droga); sobredosis (en muchos casos las dosis que se consumen son excesivas, provocando serios problemas, en algunos casos la sobredosis puede hacer pasar un mal rato, provocar náuseas, vómitos, dolor de cabeza e incluso alucinaciones); y en otros casos, el abuso de consumo puede llevar a la hospitalización, al coma o incluso la muerte.

Sagñay (2012) señala que el consumo de drogas también puede tener consecuencias a nivel legal ya que el abuso de drogas va en contra de la ley y económicas debido a que un uso continuo de las drogas puede ser muy caro.

## **4.8 Trabajo social y menores drogodependientes**

La OMS (1969), define drogodependencia como:

*“estado psíquico y en ocasiones también físico, debido a la interacción entre un organismo vivo y una droga y que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones, entre las que siempre se encuentra un impulso irreprimible a ingerir droga de forma continua o periódica con objeto de volver a experimentar sus efectos psíquicos y en ocasiones evitar el malestar producido por la privación de la misma. Este estado puede acompañarse o no de tolerancia”.*

En España, las comunidades autónomas a través de sus planes sobre drogas desarrollan programas de atención para drogodependientes y de apoyo a la incorporación social. El sistema de asistencia e integración social de las personas drogodependientes se estructura en tres niveles (Palacios, 2007):

Primer nivel: son los servicios no especializados que constituyen la puerta de entrada al nivel asistencial, son recursos más accesibles y se llevan a cabo funciones de orientación, asesoramiento, motivación y derivación a otros recursos especializados (CEAS, equipos de atención primaria o programas dirigidos a captación de drogodependientes).

Segundo nivel: formado por los centros específicos acreditados de atención ambulatoria a drogodependencias, dispositivos de referencia responsables de coordinar la acogida, valoración y derivación a dispositivos de tercer nivel si es necesario (centros de atención a las drogodependencias, hospitales generales, equipos de salud mental de distrito, unidades psiquiátricas de salud mental...).

Tercer nivel: formado por recursos específicos con alto nivel de especialización (unidades de desintoxicación hospitalaria, comunidades terapéuticas...).

Las drogodependencias son un objeto del Trabajo Social, ya que juega un papel muy importante el cambio social. Las drogodependencias son consideradas una conducta o actividad, en las que los contextos microsociales y macrosociales constituyen uno de los



principales factores de riesgo, por lo que el Trabajo Social es una praxis orientada al cambio social, al cambio de las interacciones entre sujeto y contextos (Mayor, 1995).

Así mismo, según Ander Egg (1972) citado por Barreto-pico (2017), la actuación de los trabajadores sociales tiene tres alcances:

1. Acción preventiva: actúa sobre la causa de los problemas, para evitar la aparición de estos o factores desencadenantes.
2. Acción asistencial: satisface las necesidades y resolviendo problemas de quienes están en situación de exclusión.
3. Acción rehabilitadora: para la reinserción social de las personas afectadas y con el fin de que estas no se repitan.

Bermejo et al. (2012), nos habla sobre el papel de los trabajadores en el ámbito de las drogodependencias, expone que el trabajo social es una profesión centrada en la acción social y tiene un papel fundamental a la hora de intervenir considerando las capacidades de los individuos para relacionarse, para sentirse miembros activos y participativos en la sociedad, así como para la integración laboral y social. El trabajo social en drogodependencias incluye tanto la acción directa con los afectados como la intervención con las familias, con el medio social próximo y la sociedad.

Así mismo establece una serie de etapas en el proceso de atención integral de las adicciones:

-Atención a la demanda inicial: recepción y acogida, a través de la primera entrevista de acogida el trabajador social tiene el primer contacto con la persona usuaria, en ella se recoge la información mínima imprescindible, se informa y orienta, derivando si fuese necesario e interviniendo si hay una emergencia, se trata de crear un vínculo y motivar a la persona para iniciar el proceso.

-Valoración interdisciplinar: las personas usuarias tienen que ser valoradas en función de las áreas sanitaria, social, psicológica y ocupacional y de esta forma poder evaluarlos en cuanto a las dimensiones del modelo de atención integral que son: salud y

autocuidados, psicopatología, consumo, familiar, socio relacional, formativo-laboral y de ocio).

Del ámbito social es del que se ocupa el trabajador social recogiendo los datos necesarios para el diagnóstico social que posteriormente se proporcionará al resto del equipo para poder realizar la evaluación multidimensional.

El estudio y diagnóstico social incluyen información de la persona usuaria y de su entorno, del problema (drogas que consume), necesidades sociales, dificultades, fortalezas, si ya ha estado en tratamiento, motivación... de esta forma se puede elaborar una propuesta de intervención social.

El trabajador social usa diferentes instrumentos para recoger dicha información como la historia social (para la información relevante de la primera valoración y otra información complementaria para el tratamiento), el Sistema de Evaluación Multidimensional o Sistema de evaluación objetiva de resultados del tratamiento que recoge la información relativa a las 7 dimensiones.

-Evaluación multidimensional y diseño del programa personalizado de intervención: la realiza el equipo interdisciplinar en función de las 7 dimensiones y a partir de los resultados se realiza un programa personalizado de intervención (PPI) en el que se tiene que incluir los objetivos que se pretenden conseguir, las actividades para lograrlos y los recursos que son necesarios.

El trabajador social proporcionará al equipo la situación y necesidades sociales de la persona usuaria y los recursos más adecuados (recursos sociales, empleo, formativos...)

Una vez diseñado el programa de intervención hay que acordarlo con la persona usuaria y en ocasiones con la familia.

Hay que informar de manera clara, objetiva y precisa del problema y las fortalezas, para ayudarles a tomar conciencia, informar también de las ventajas y dificultades, explicar el PPI y adaptarlo a la persona usuaria, reajustando si fuera preciso y motivándole para lograr que se implique.

-Desarrollo del PPI: una vez desarrollado y consensuado se inicia y se desarrolla la metodología, estrategias y actuaciones específicas y se ponen en marcha los recursos necesarios para el tratamiento y la reinserción. Con el programa se tiene que llevar a cabo un seguimiento y evaluación continua para ir modificando si fuese preciso. La implicación del trabajador social va a depender de la presencia de factores de exclusión social, en el caso de menores, al ser un grupo muy vulnerable, la intervención del trabajador social será mayor.

-Aportaciones del Trabajador Social: dentro de las 7 dimensiones el trabajador social utiliza diferentes instrumentos de apoyo específicos en el campo de las drogodependencias, constituyendo una aportación fundamental en el proceso de atención integral de estas. El trabajador social utiliza diferentes instrumentos de apoyo como entrevistas semiestructuradas, motivacionales, de seguimiento, apoyo, de tratamiento, grupos de prevención, diferentes recursos...) pretendiendo informar y orientar, establecer un vínculo entre la persona usuaria y profesional, asesoramiento, motivar, dar apoyo, proporcionar pautas para cambiar hábitos, asesorar sobre los diferentes recursos, acompañamiento, valoraciones de diferentes ámbitos y derivación entre otras cosas.

-Intervención con el paciente: en Trabajo Social va orientada a la consecución de los objetivos que se han marcado en la PPI en cada una de las diferentes dimensiones, para ello hay diferentes intervenciones:

- Individuales: la mejor técnica en estos casos es la entrevista en sus diferentes formas (entrevista de recogida de datos, informativa, motivacional, asesoramiento, seguimiento) se le debe escuchar activamente y ofrecer un feedback, apoyándole, incrementando su motivación y a su vez, la entrevista también es útil para ofrecer información, orientación, asesoramiento y apoyo.  
Es importante establecer un vínculo positivo permitiendo establecer confianza y romper las falsas imágenes y los mitos que se suele tener acerca de si mismos y su capacidad.

Hay que señalar la duración y frecuencia de las entrevistas en función de los objetivos y del momento del proceso.

- Grupal: es importante y se puede usar en todas las dimensiones permitiendo facilitar el proceso de cambio. El trabajador social participa en diferentes grupos, como puede ser de apoyo, técnicas, recursos, de acogida, de prevención de recaídas...

La incorporación de las personas usuarias a los grupos se acuerda en la reunión de valoración.

-Intervención con las familias: en una actuación prioritaria:

- Individual: una sola familia, suele durar una hora, pero puede variar según las necesidades, resultados, objetivos.

Es fundamental crear un ambiente de confianza y escucha, facilitando la comunicación y expresión de los problemas. En estas intervenciones se trata de examinar el problema y las interacciones familiares en torno a este.

- Grupal: hay distintos grupos de familias en función de las necesidades que hay en cada etapa del tratamiento y/o lo que se pretenda conseguir. También existen grupos de personas usuarias y familias conjuntamente.

-Coordinación: los trabajadores sociales realizan dos tipos de coordinación:

- Internas: reuniones con los diferentes profesionales que integran el equipo interdisciplinar de valoración y seguimiento para realizar e incorporar la PPI de los casos nuevos, además de llevar a cabo un seguimiento y evaluación continua.
- Externas: coordinaciones con profesionales de otros recursos que son necesarios en el proceso, ya que la intervención de otras redes es fundamental en el Trabajo Social (ejemplo: salud mental, servicios sociales, vivienda o educación).

En el caso de los menores hay una serie de principios fundamentales a la hora de intervenir con ellos en drogadicciones (Arbex, 2002):

-Intervención flexible y dinámica: hay que intentar que no sea una intervención rígida ya que son personas que están en pleno proceso de transformación, hay que estar atento a la construcción de la identidad por lo que hay que estar en constante actualización y descubrimiento.

-En clave adolescente: son adolescentes y hay que tenerlo en cuenta con todo lo que se hace, es normal que haya dificultades e inquietudes propias de su momento evolutivo. Es fundamental observar y escuchar.

-Principios de no etiquetamiento: al menor no se le debe etiquetar como drogodependiente, conflictivo, ya que a veces cuando se etiqueta a alguien acaba comportándose como tal.

-Principio de la espera: al estar en una etapa de su vida de gran evolución a veces solo hay que esperar a que determinados comportamientos desaparezcan.

-Enfoque desde la globalidad: no debemos centrarnos en un único punto, ya que las drogadicciones están relacionadas con estilos de vida y una búsqueda de la identidad de los menores, es decir todo está interrelacionado y el consumo de drogas no tiene que ser el foco central de la intervención.

-Primacía de la intervención educativa: en menores hay que fomentar su aprendizaje, ofrecer recursos y refuerzos e ir avanzando poco a poco para el cambio modificando los aspectos negativos, ya que están en una etapa de crecimiento en la que se asimilan los valores, actitudes, hábitos.

-Acompañamiento del menor: los acompañamientos tradicionales (padres y profesores) han sido sustituidos por la calle y los medios de comunicación, es fundamental reorientar y recuperar estos apoyos.

El profesional tiene que acompañar al menos en su proceso de cambio y desarrollo, ha de ser dinámico ya que se tendrán que ordenar y jerarquizar los objetivos en función de los cambios.

-Normalización del adolescente en su medio: siempre que sea posible es importante mantener al menor en su ambiente, evitando apartarlo de su entorno y su desarraigo.

-La utilización del medio inmediato como recurso: se trata de usar los recursos de su entorno, los más próximos al menor, utilizando instancias normales, generales, para dar respuestas en lugar de las especializadas (este encasillamiento puede dar lugar a problemáticas mayores).

-Importancia crucial de la familia: todo programa dirigido a menores tiene que contar con el apoyo a la familia, ya que es un agente principal en su crecimiento.

-Efecto preventivo en red: para un buen resultado es muy importante trabajar en red. Se debe partir de las actuaciones de diversos agentes de interacción como es la familia, escuela, amigos y contemplar acciones conjuntas y coordinadas.

En fundamental la actuación coordinada de diferentes recursos y mediadores directos o indirectos, de recursos de la zona y servicios y entidades que influyen en el menor para lograr establecer indicadores, estrategias, utilizar adecuadamente los recursos y actualizar los recursos, programas y actividades.

-Necesidad de trabajo multidisciplinar: la intervención con menores en drogodependencias es compleja por lo que se precisa equipos inter y multidisciplinares para alcanzar los objetivos y conseguir una mayor comprensión y conocimiento.

En función de estos procedimientos y principios para tener en cuenta, se establecerá aquella intervención que sea más adecuada al menor, algunos ejemplos son (Arbex, 2013):

-Intervención con el joven únicamente: ya sea porque se ha captado al menor y no a la familia o porque la demanda sea solicitada solo por este únicamente.

-Intervención con la familia solo, ya sea porque solo se ha captado a esta y no al joven o porque la demanda ha sido solicitada únicamente por la familia.

-Intervención con el joven junto a la familia, ya sea por la demanda conjunta o porque a raíz de la intervención con una de las partes se ha logrado captar a la otra. Esta se considera la intervención más adecuada.

En función de todos datos se valorará que intervención y que programa es el más adecuado en cada caso.

## **5. Conclusiones**

Tras la realización de la revisión de la literatura sobre el papel del trabajador social en el ámbito de menores drogodependientes se han extraído una serie de conclusiones.

Actualmente un gran número de menores de edad se encuentran en situación de drogodependencias, siendo el cannabis la principal droga por la cual los jóvenes buscan ayuda vía tratamiento.

Siguiendo a OEDA (2020) con el avance de nuestra sociedad podemos ver como hoy en día la diferencia de género en cuanto el consumo ha ido desapareciendo, debido a que gran peso de este consumo se debe al ocio. Sin embargo, sí que hay diferencias en cuanto al tratamiento, hay el triple de chicos que de chicas y esto se debe a que hay más estigma y dificultad de acceso para las mujeres y que los tratamientos están pensados para los hombres, provocando que no se les preste una ayuda correcta.

Así mismo hay autores que han considerado la relación del consumo entre jóvenes con las actividades delictivas, pero esto es muy difícil de generalizar dado la cantidad de factores y condiciones sociales que intervienen.

También he querido resaltar un colectivo de menores que presenta muchas dificultades a la hora de recibir un tratamiento por drogas, este grupo son los MENAS.

Los jóvenes son un grupo vulnerable y como señala Quintero (2015) las drogodependencias requieren mucho esfuerzo y paciencia. Para su tratamiento autores como Becoña (1999) han señalado una serie de teorías explicativas que considero importantes y que he querido señalar en este trabajo.

Para comprender las drogodependencias en menores es importante tener en cuenta los factores de riesgo, a nivel individual (como puede ser la edad, percepción de riesgo, habilidades sociales...), a nivel externo que se divide en microsocio (la escuela, la familia, el grupo de amigos) y en macrosocio (características sociales y culturales del entorno) y las características de la sustancia que se consume (el tipo de droga, la dosis, la vía a través de la cual se consume...).

Todo esto a su vez va a ser decisivo para las consecuencias que va a tener sobre la persona, como problemas de salud, problemas escolares, en el ámbito familiar, entre otras consecuencias.

Como se puede ver, el consumo no solo afecta a la persona, también influye en el ámbito familiar y social por lo que es fundamental ofrecer una atención especializada e integral llevada a cabo por diferentes profesionales entre los que se encuentran los trabajadores sociales.

Como dijo Mayor (1995) las drogodependencias son una conducta en la que los contextos microsociales y macrosociales constituyen los principales factores de riesgo por lo que el Trabajo Social es fundamental para el cambio social.

La intervención de los trabajadores sociales puede ser preventiva, asistencial y rehabilitadora. Los trabajadores sociales en drogodependencias trabajan tanto con la persona consumidora como con su entorno más próximo, llevan a cabo una atención integral para ello desarrollan diferentes tareas como atención a la demanda inicial, valoración interdisciplinar, evaluación multidisciplinar y desarrollo de programa personalizado de intervención, desarrollo de este programa teniendo en cuenta las diferentes dimensiones de la persona y llevar a cabo intervenciones individuales, con la familia o en grupo.

Para este proceso de atención los trabajadores sociales lo desarrollan coordinándose con otros profesionales porque es un trabajo en red que no se puede realizar de manera individual.

Así mismo he considerado importante destacar siguiendo a Arbex (2002) una serie de características que los trabajadores sociales tienen que tener en cuenta a la hora de trabajar con menores como puede ser la intervención de manera flexible y dinámica, que en todo momento debemos recordar que es un menor y no etiquetarlo como drogodependiente, hay que ser pacientes puesto que están en una etapa de su vida en la que experimentan muchos cambios por lo que también es importante ayudarles a que vayan aprendiendo y eliminando aquellos aspectos negativos y no centrarnos solo en la conducta adictiva ya que esta implica muchos ámbitos, acompañar al menor en todo



momento, evitar su desarraigo siempre que sea posible e intentar aprovechar los recursos de su entorno intentando involucrar a la familia en el proceso de recuperación.

En definitiva, el trabajo social en el ámbito de menores drogodependientes es muy importante, como dijo Mayor (1995), al ser las drogodependencias una conducta de una persona que interactúa con su contexto es considerado objeto del trabajo social entre otros, cuyo objeto es disminuir los factores de riesgo contextual e incrementar la interacción con los recursos de su entorno que ayuden a las fases de prevención, mantenimiento de la abstinencia y la reinserción social.

Como podemos ver el contexto en este ámbito es fundamental y los trabajadores sociales tienen que ser capaces de adaptarse a los cambios trabajando en red y coordinándose. Actualmente con el COVID se ha visto incrementado el riesgo en adicciones, varios autores de la Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías (SOCIDROGALCOHOL) han tratado este tema, Márquez (2020) destaca el aumento de perfiles nuevos dado la situación de vulnerabilidad que han sufrido, personas que se han quedado en la calle, pérdida de empleo, familias que convivían con un adicto y no podían salir de sus casas... Morro (2020) señala que esta situación se agravó con el cierre de los centros (los únicos que permanecieron abiertos fueron los de reducción de daños). Esta situación obligó a modificar las intervenciones (Reina, 2020), entre las que se destacó la implementación de soluciones en equipo y la red telefónica para los seguimientos (Fuentes, 2020).

## **6. Bibliografía**

Abadías Selma, A. (2015). En violencia filo-parental. *Revista de derecho Uned*, 17, 165-202.

ACCEM (s.f.). *Infancia y adolescencia migrante no acompañados*. Recuperado de: [https://www.accem.es/vulnerables/menores-extranjeros-no-acompanados-  
mena/#:~:text=Referidos%20en%20el%20argot%20t%C3%A9cnico,cuidado%20de%20ning%C3%BAn%20otro%20adulto.](https://www.accem.es/vulnerables/menores-extranjeros-no-acompanados-mena/#:~:text=Referidos%20en%20el%20argot%20t%C3%A9cnico,cuidado%20de%20ning%C3%BAn%20otro%20adulto.)

Agudelo Zapata, L. A., Mosquera Serrano, L., Munar Hidalgo, L. J., Fonseca, R. A., & Valbuena, D. F. (2015). Proyecto de investigación sobre el consumo de sustancias psicoactivas en menores de Edad.

Aguilar, E. F. R. (2020). Perfil psicosocial de adolescentes consumidores de drogas: un análisis de las diferencias de género. *Revista española de drogodependencias*, (45), 55-71.

Arbex, C. (2002). Guía de intervención: menores y consumo de drogas. *Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales*. Recuperado de: <https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-43058/menoresyconsumos.pdf>

Arbex, C., & Jiménez, Á. (2005). *Menores inmigrantes y consumo de drogas: un estudio cualitativo*. Centro Español de Solidaridad, Proyecto Hombre Madrid.

Arbex, C. (2013). Guía metodológica para la implementación de una intervención preventiva selectiva e indicada. *Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales*.

Aroca, C. (2010). *La violencia filio-parental: una aproximación a sus claves* (tesis doctoral, Universidad de Valencia). Repositori de Contingut Lliure. <https://roderic.uv.es/handle/10550/38666>.

Asociación de trabajadores e inmigración marroquíes en España. (2009). *Procesos Migratorios de Menores y Consumo de Drogas: Un análisis de los factores de riesgo*.

Barreto-Pico, M. A. (2017). Papel del trabajador social en las adicciones. *Dominio de las Ciencias*, 3(4), 310-326.

Becoña Iglesias, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Universidad de Santiago de Compostela.

Bermejo Gutiérrez, M. V., Pamo Díaz, M. L., Sánchez-Lauhle Centenera, L., García Sánchez A. M., López Melendro, A. I., Castillejo Arroyo, M., Arévalo Baeza, M., Tejedor Jimenez M. & Gil Suarez, S. (2012). *Protocolo de intervención desde el trabajo social en los centros de atención a las drogodependencias del instituto de adicciones*. Recuperado de:

<https://pnsd.sanidad.gob.es/ca/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/ProtocoloIntervSocial.pdf>

Cantos, R. (2016). *Hombres, Mujeres y Drogodependencias explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas*. Un estudio realizado por *Fundación atenea*, 137.

Caro Figueroa, P. & Carreño Rivero, L. (2012). *Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes*. *Fundación Ideo*. 31-36. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4659739.pdf>.

Contreras Martínez, L. Molina Banqueri, V. & Cano Lozano, M.C. (2011). Consumo de drogas en adolescentes con conductas infractoras: análisis de variables psicosociales implicadas. *Adicciones*, 24(1), 31. Recuperado de: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/115/111>.

Delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2020). *Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías. Informe 2020. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. 1-260. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2020OEDA-INFORME.pdf>.

Empez, N. (2015). *¡SOLO VALIENTE! Los menores que migran solos de Marruecos a Cataluña* (Doctoral dissertation, Tesis Doctoral. UAB).

Espinoza Macas, E. P. (2018). Análisis del consumo de drogas en poblaciones menores de edad.

Fernández Bustos, P. (2010). Estudio de los factores de riesgo y protección del consumo de sustancias en adolescentes.

Fuentes Sánchez, R. (2014). Menores extranjeros no acompañados (MENA).

Gálligo, F. (2007). Drogas: Conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo. *Barc Sn*.

Larrosa, S. L., & Palomo, J. L. R. A. (2012). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas y la conducta antisocial en adolescentes y jóvenes españoles. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 25-33.

Lucas Moreno, G. D. (2014). Factores de riesgo y protección del consumo de drogas en menores protegidos de la Comunidad de Madrid.

Markez, I. & Pastor, F. (2010). Menores extranjeros no acompañados (MENA), un colectivo especialmente vulnerable ante las drogas. *Zerbitzuan*, 48(2009), 71-85.

Mayor, J. (1995). Las drogodependencias como objeto del Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 8(8), 213-240.  
<https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/download/CUTS9595110213A/8426/0>

Obieta, V. G., Burrull, I. P., Soler, J. J. M., Barahona, A. O., Torrejón, M. V., & Valdés, M. P. (2006). La integración social de los menores inmigrantes no acompañados: nuevos retos en la Comunidad de Madrid. *Acciones e investigaciones sociales*, (1 Ext), 109-109.

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). (2020). *Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Ministerio de sanidad.  
<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2020OEDA-INFORME.pdf>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. *Conclusiones y Consecuencias en materia de políticas.* 1-22.

[https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18\\_ExSum\\_Spanish.pdf](https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf).

Organización Mundial de la Salud. Riesgos para la salud de los jóvenes. Nota descriptiva, nº 345. Centro de prensa de Organización mundial de la salud. Ginebra. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/index.html>.

Palacios García, D. (2007). *Manual de Elaboración de Planes Municipales de Drogas.*

Payá, B., & Castellano, G. (2008). Consumo de sustancias. Factores de riesgo y factores protectores. *Revista de formación continuada de la SEPEAP, Modulo, 8.*

Peñañiel Pedrosa, E. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Revista de educación.* 147-173.

Pérez, A., P., J. (2008). *Análisis de los factores psicosociales y familiares relacionados con el consumo de drogas de iniciación en adolescentes.* (tesis doctoral, Universidad Miguel Hernández). Repositorio de la UMH. <http://193.147.134.18/bitstream/11000/1517/19/TESIS%20Alfonso%20P%C3%A9rez%20Jos%C3%A9%20Pedro.pdf>.

Quintero Ordóñez, M.B. (2015). *La prevención de las adicciones en contextos familiares y escolares: análisis del programa de prevención de proyecto hombre "entre hombre"* (tesis doctoral, Universidad de Granada). Repositorio de la Universidad de Granada; <https://digibug.ugr.es/handle/10481/40213#.WOPuz9LhDIU>.

Ramírez López, A. (2019). Aplicación de la perspectiva de género al tratamiento de la drogodependencia.

Ramos Barbero, V. & Garrote Pérez de Albéniz, G. (2009). Relación entre la conducta consumo de sustancias y la conducta delictiva. *International Journal of Developmental and educational Psychology.* 1(1), 647-654.

Resolución del consejo 26 de junio de 1997 relativa a los menores no acompañados nacionales de países terceros. Recuperado de: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/ALL/?uri=CELEX%3A31997Y0719%2802%29>.

Romay Martínez, J. (2007). Alcoholismo: efectos y prevención. *Padres y Maestros/ Journal of Parents and Teachers*, 0(305), 29-32.

Sagñay, J. (05 de junio de 2012). *¿Qué son las drogas? Las consecuencias de su uso*. Instituto de neurociencias. Recuperado de: <https://institutoneurociencias.med.ec/component/k2/item/845-drogasconsecuencias>

Sánchez Pardo, L. (2014). *Género y drogas: guía informativa*. 1-51.

Sánchez, L. (2014). Prevención del consumo de drogas con perspectiva de género: recomendaciones con base a la evidencia. *Alicante: Quinta impresión*, 1-99.

San Juan, C., Ocariz, E. & Germán, I. (2009). Menores infractores y consumo de drogas: perfil psicosocial y delictivo. *Revista criminalidad*, 51(1), 147-162.

Setién, M. L., & Barceló, F. (2008). La atención a los menores extranjeros no acompañados en el País Vasco: modelos de intervención y luces y sombras del sistema de acogida. *Emigrinter*, 2, 78-88.

Sixto-Costoya, A., & Arroyo, Á. O. (2018). Educación social y Trabajo social en adicciones: Recuperar el territorio colaborando. *Educación Social y Trabajo Social, un encuentro necesario*.

Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. (2020, 1 de julio). *El papel del Trabajo Social en las personas con adicciones: muchas perspectivas para abordar un mismo problema*. Recuperado de: <https://socioalcohol.org/el-papel-del-trabajo-social-en-las-personas-con-adicciones-muchas-perspectivas-para-abordar-un-mismo-problema/>

Vicario, M. H., & Júdez, J. (2007). Adolescencia de alto riesgo. Consumo de drogas y conductas delictivas. *Pediatría Integral*, 11(10), 895-910.

Yuste, M. N. H. (2003). Adolescencia, grupo de iguales, consumo de drogas, y otras conductas problemáticas. *Aspectos psicosociales de la violencia juvenil*. 62.