



TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL

**“El consumo de drogas en menores: intervención desde el
trabajo social y los servicios sociales”**

Autor/a:

Marta Padrones San José

Tutor/a:

Pablo de la Rosa Gimeno

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID
CURSO 2024-2025

ENTREGA: 25 de junio de 2025

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
1.1. DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO	3
1.2. OBJETO	4
1.3. OBJETIVOS.....	4
1.1.1 <i>Objetivo general</i>	4
1.1.2 <i>Objetivos específicos</i>	4
1.4. METODOLOGÍA	4
2. MARCO TEÓRICO - CONCEPTUAL	6
2.1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS.	6
2.2. FACTORES INFLUYENTES EN EL CONSUMO.....	8
2.3. EFECTOS DEL CONSUMO DE DROGAS EN MENORES.	11
2.4. POLÍTICAS SOCIALES, PLANES DE ACTUACIÓN Y LEGISLACIÓN.	12
2.4.1. <i>Ámbito Internacional</i>	12
2.4.2. <i>Ámbito Nacional</i>	13
2.4.3. <i>Ámbito autonómico (Castilla y León)</i>	16
2.4.4. <i>Ámbito provincial (Valladolid)</i>	17
3. ANÁLISIS DE DATOS.....	19
4. PAPEL DE LOS SERVICIOS SOCIALES Y EL TRABAJO SOCIAL EN LA INTERVENCIÓN CON MENORES CONSUMIDORES DE DROGAS.....	23
4.1. FUNCIONES DE LOS SERVICIOS SOCIALES.....	23
4.2. EL PAPEL DEL TRABAJO SOCIAL EN LA INTERVENCIÓN.	25
5. CONCLUSIONES.....	30
6. BIBLIOGRAFÍA.....	31
7. ANEXOS	35
7.1. CIRCUITO TERAPÉUTICO DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES.	35

1. INTRODUCCIÓN

1.1.Descripción del contenido

La adolescencia es un periodo de crecimiento, exploración y de tomar riesgos, donde se producen cambios físicos, psicológicos, sociales y se desarrolla la identidad y la independencia. No obstante, algunos comportamientos de riesgo implican efectos negativos para la salud y el bienestar, como es el consumo de sustancias psicoactivas (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2024).

En la actualidad, el consumo de drogas entre adolescentes representa un problema de salud pública en España. Según los últimos datos del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2024), la droga más consumida por la población joven de 14 a 18 años es el alcohol (75,9%), seguida del tabaco (33,4%) y el cannabis (26,9%). Además, las edades medias de consumo se sitúan entre los 13 y 15 años, sin una disminución significativa a lo largo del tiempo (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2023).

El presente trabajo propone una revisión bibliográfica centrada en el papel de los trabajadores sociales en cuanto al consumo de droga en menores, estructurada en tres grandes bloques.

En primer lugar, se expone el marco teórico-conceptual, el cual desarrolla el concepto de “droga” desde diferentes perspectivas y presenta una clasificación de sustancias. Asimismo, se analizan los factores influyentes en el consumo y, también se exponen los efectos del consumo en el desarrollo de los menores. Por último, se expone el marco normativo y las políticas públicas establecidas a nivel internacional, estatal, autonómico (Castilla y León) y provincial (Valladolid).

El segundo bloque se centra en el análisis de datos, principalmente a partir de la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (EDADES), la cual nos permite saber la evolución del consumo, las sustancias más prevalentes, los patrones de inicio, las edades de inicio de consumo y las percepciones del riesgo entre los jóvenes.

Finalmente, el tercer bloque del trabajo se enfoca en la intervención desde los Servicios Sociales y el papel del profesional del Trabajo Social en el ámbito de las adicciones. Se abordan las funciones, recursos específicos disponibles y estrategias de intervención para trabajar con menores consumidores de drogas.

1.2.Objeto

El objeto de estudio de este trabajo se centra en el consumo de drogas entre la población joven comprendida entre los 14 y los 18 años, analiza esta problemática desde una perspectiva temporal, con un enfoque centrado en el Trabajo Social y los Servicios Sociales.

1.3.Objetivos

1.1.1 Objetivo general

El objetivo general de este trabajo es analizar la evolución del consumo de drogas en menores, identificando los factores sociales que influyen en este fenómeno a través de una perspectiva general desde los Servicios Sociales y un enfoque específico desde el Trabajo Social.

1.1.2 Objetivos específicos

En cuanto a los objetivos específicos destacan los siguientes:

- Identificar los factores que contribuyen en el consumo de drogas en la población menor de edad.
- Analizar la evolución de los datos sobre el consumo de drogas en menores.
- Conocer el papel del Trabajador/a Social en la intervención con menores consumidores.
- Comprender la función de los Servicios Sociales en la prevención y atención del consumo de drogas en adolescentes.

1.4.Metodología

La metodología implementada en este Trabajo Fin de Grado adopta un enfoque mixto, que combina una revisión bibliográfica junto a una aproximación empírica basada en datos proporcionados por la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

La revisión bibliográfica se ha centrado en identificar, seleccionar y analizar artículos científicos, informes técnicos, documentos normativos y estrategias institucionales relevantes. Se han incluido artículos académicos en el idioma español e inglés, manuales especializados, normativa vigente, así como informes y planes de actuación publicados por organismos oficiales, tales como el Ministerio de Sanidad, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas o la Organización Mundial de la Salud.

Las fuentes de información se han obtenido mediante la consulta de bases de datos académicas como Google Académico, Scopus y Dialnet, complementado con portales institucionales oficiales. La estrategia de búsqueda se ha realizado utilizando palabras clave como “consumo de drogas en menores”, “menores y drogas”, “trabajo social y adicciones”, “servicios sociales y adicciones” y “políticas públicas sobre drogas”.

2. MARCO TEÓRICO - CONCEPTUAL

2.1. Conceptualización del consumo de drogas.

La definición del término “droga” ha sido definido e interpretado a lo largo del tiempo por diferentes instituciones que han ido adaptando su significado en función del ámbito en el que se emplea, ya sea médico, legal o social.

Siguiendo las definiciones estándar, una droga es una sustancia química que influye en la función biológica. Concretamente, las psicoactivas, son de las que se pueden abusar, aquellas cuyos efectos mentales no son lo suficientemente agradables o interesantes como para aliviar una dolencia específica (Fehrman, 2017). El abuso de estas sustancias se refiere al uso dañino o peligroso de sustancias psicoactivas y drogas ilícitas, pudiendo conducir al síndrome de dependencia. Esto consiste en un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan después del uso repetido de sustancias, que conducen a un fuerte deseo de consumo de droga (OCDE, 2020).

Una de las instituciones que ha contribuido significativamente en la definición del término ha sido la *Organización Mundial de la Salud* (en adelante OMS). Esta institución aporta, desde una perspectiva médica, una definición influyente a través de su *Comité de Expertos en Farmacodependencia* en el año 1969, entendiendo por droga “toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de las funciones de este” (WHO Expert Committee on Drug Dependence & World Health Organization [WHO], 1969).

Posteriormente, la OMS amplió el término en una definición más extensa, incluyendo otras dimensiones, describiendo droga como:

Sustancia de uso variado. En medicina se refiere a toda sustancia con potencial a prevenir o curar una enfermedad, o aumentar la salud física o mental. En farmacología como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos. (...) En el lenguaje coloquial, el término suele referirse concretamente a las sustancias psicoactivas y, a menudo, de forma aún más concreta, a las drogas ilegales. Las teorías profesionales (p. ej., “alcohol y otras drogas”) intentan normalmente demostrar que la cafeína, el tabaco, el alcohol y otras sustancias, utilizadas a menudo con fines no médicos, son también drogas en el sentido de que se toman, al menos en parte, por sus efectos psicoactivos (WHO, 1994, p. 33).

Para comprender en profundidad el concepto de droga, debemos tener en cuenta otros términos relacionados que emplea la OMS habitualmente como “sustancia psicoactiva” y/o “sustancia psicotrópica”. Ambos términos son las expresiones más neutras y descriptivas para referirse a las drogas, tanto legales como ilegales. Esta institución entiende por sustancia psicoactiva a aquella “sustancia que, cuando se ingiere, afecta a los procesos mentales” (WHO, 1994, p.58). Asimismo, entiende como sustancia psicotrópica como “cualquier sustancia química que ejerce sus efectos principales en el sistema nervioso central” (WHO, 1994, p. 53).”

Una vez definido el término droga, es necesario señalar las diferentes formas de clasificación existentes. Cabe destacar que estas no son únicas ni universales, sino que varían en función del criterio adoptado.

Desde una perspectiva jurídica, las drogas se clasifican entre legales e ilegales, dependiendo de la posición en la que se encuentren dentro del marco normativo específico del país. La OMS define como droga legal aquella “que está legalmente disponible mediante prescripción médica o, en algunas ocasiones, también sin ella, en una determinada jurisdicción” (WHO, 1994, p. 34)”. Por otro lado, define droga ilegal como aquella “sustancia psicoactiva cuya producción, venta o consumo están prohibidos. En sentido estricto, la droga en sí no es ilegal, lo son su producción, su venta o su consumo en determinadas circunstancias en una determinada jurisdicción” (WHO, 1994, p. 34).

Desde una perspectiva social o cultural, podemos hacer una distinción entre drogas duras y drogas blandas. Según Mansilla (2008), esta clasificación responde a una percepción social más que a criterios científicos, basándose en el tipo de dependencia que generan a la persona, entendiendo como drogas blandas aquellas que generan una dependencia psicológica o un hábito y, como drogas duras, aquellas que inducen a una dependencia física.

Por último, desde una perspectiva farmacológica y como una de las clasificaciones más empleadas, las drogas se pueden agrupar según los efectos producidos en el Sistema Nervioso Central (SNC). De acuerdo con la OMS (citado en Proyecto Hombre, 2025) esta clasificación diferencia tres tipos: depresoras, estimulantes y alucinógenas-psicodélicas.

Las drogas depresoras son aquellas que disminuyen o atrasan el funcionamiento del SNC. Los efectos más comunes que pueden producir son, entre otros, la alteración de la concentración y en ocasiones del juicio, disminución de la apreciación de los estímulos externos, sensación de bienestar, apatía y disminución de la tensión.

Por el contrario, las drogas estimulantes aceleran la actividad del SNC y pueden producir efectos como la euforia, la desinhibición, un menor control emocional, irritabilidad, agresividad, menor fatiga, disminución del sueño, excitación motora e inquietud.

Por último, las drogas alucinógenas – psicodélicas se caracterizan por distorsionar las sensaciones y alterar el estado de ánimo y los procesos de pensamiento. Estas incluyen una gran variedad de fuentes naturales y sintéticas, y son estructuralmente diferentes.

2.2. Factores influyentes en el consumo.

El consumo de drogas entre menores no debe entenderse como una conducta aislada, sino como un fenómeno complejo en el que se entrelazan e intervienen múltiples factores. Estos serían los factores de riesgo y los factores de protección, los cuales nos permiten establecer con exactitud las dinámicas que favorecen o previenen el consumo de sustancias.

Según Clayton (1992), citado en Pedrosa (2009), los factores de riesgo son “las características internas y/o externas al individuo cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que se produzca un determinado fenómeno”. Por otro lado, define los factores de protección como “aquellos atributos individuales, condición situacional, ambiente o contexto que reduce la probabilidad de ocurrencia de un comportamiento desviado”. Dentro del contexto del consumo de drogas, estos factores nos ayudan a comprender el por qué algunos menores desarrollan conductas de consumo o adictivas mientras otros, en contextos similares, no lo hacen.

Diversos autores plantean modelos explicativos de carácter multicausal. Cava, Mugui y Musito (2008), citados en Larrosa & Palomo (2010), señalan que los planteamientos sobre los factores de riesgo y protección en la actualidad pueden ser intrapersonales, interpersonales y contextuales, abarcando los ámbitos familiares, escolares y comunitarios.

Uno de los modelos más influyentes es el Modelo de Desarrollo Social estudiado por Hawkins y colaboradores (Hawkins, Catalano y Arthur, 2002; Hawkins, Catalano y Miller, 19992), el cual concluye que el consumo de drogas se relaciona con los factores de riesgo en la comunidad, la familia, la escuela, el individuo y los iguales. Entre ellos destacan (Larrosa & Palomo, 2010):

- *Factores de riesgo de la comunidad:* transiciones y movilidad personal y en la comunidad, desorganización comunitaria, escaso apego al vecindario, leyes y normas favorables al consumo de drogas, y disponibilidad percibida de drogas y armas.

- *Factores de la familia*: historia familiar de comportamiento antisocial, conflicto familiar, actitudes de los padres favorables a la conducta antisocial y al consumo de drogas, baja disciplina y supervisión y escaso apego familiar.
- *Factores escolares*: fracaso escolar y escaso compromiso con la escuela.
- *Factores individuales y de iguales*: actitudes favorables al comportamiento antisocial y al consumo, comienzo temprano de los comportamientos problemáticos, consumo de drogas de los amigos, escasa percepción del riesgo, recompensas por el comportamiento antisocial, rebeldía y búsqueda de sensaciones.

Pedrosa (2009) propone una división complementaria entre factores individuales y factores relacionales. Los primeros hacen referencia a “las características internas del individuo, a su forma de ser, sentirse y comportarse” (p. 148), mientras que los factores relacionales son “aquellos aspectos relativos al entorno más próximo de la persona, es decir, la interacción específica de cada sujeto con la familia, los amigos y el contexto escolar que determinan en cada caso una situación peculiar” (p. 153). A continuación, se presenta una tabla resumen basada en esta clasificación:

Tabla nº1. Factores individuales y relacionales asociados al consumo en menores.

Tipo de factor	Factores destacados
Factores individuales	Edad; sexo; actitudes, creencias y valores; percepción del riesgo; habilidades sociales; autoconcepto y autoestima; autocontrol; experimentación y búsqueda de sensaciones; accesibilidad a las drogas; personalidad antisocial y problemas de conducta; conformidad con las normas sociales; tolerancia a la frustración; aprobación social y autonomía respecto al grupo.
Factores relacionales	Escolar: Experiencias escolares negativas, fracaso escolar y autoconcepto académico, tipo y tamaño de escuela, clima escolar y estilo educativo, contacto con las familias y existencia de normas para el consumo.
	Grupo de amigos: Consumo de amigos, adaptación al grupo, actividades de ocio y dinero disponible.
	Familiar: Estructura y composición familiar, estatus socioeconómico familiar, relaciones afectivas entre padres e hijos y comunicación, prácticas educativas ejercidas por las figuras parentales, influencia de los padres y hermanos como modelos de comportamiento, actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas.

Fuente: Adaptado de (Pedrosa, 2009).

Otros autores, como Prieto (2022), establecen una diferenciación entre factores de riesgo individuales y factores de riesgo en el contexto social, siguiendo la definición proporcionada por Clayton ya expuesta. Según este autor, los principales factores de riesgo individuales son:

- *Edad de inicio.* Cuanto más temprano es el consumo, conlleva un mayor daño en el cerebro y en el proceso de maduración, además de un mayor riesgo en el desarrollo de un abuso y dependencia de las drogas.
- *Factores genéticos y ambientales.* Las exposiciones al entorno y las elecciones que hace una persona pueden marcar la estructura del ADN a nivel celular y del organismo completo.
- *Género.* Existencia de diferencias biológicas, psicológicas y sociales de las mujeres respecto a los hombres.
- *Comorbilidad psiquiátrica.* La presencia de trastorno de conducta, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno antisocial, trastornos de ansiedad y trastornos depresivos, entre otros, incrementan la probabilidad de consumir drogas a edades tempranas.
- *Personalidad.* Destaca la impulsividad haciendo referencia a la necesidad de refuerzo inmediato (inicio de consumo) y la no planeada (mantenimiento del consumo).
- *Existencia de abusos físicos, sexuales* u otras experiencias traumáticas en la infancia, así como, el *acoso escolar o en redes sociales* (bullying y cyberbullying).

En cuanto a los factores de riesgo en el contexto social, Prieto (2022) señala:

- *Valores y creencias* respecto al uso de drogas de la comunidad en la que se desenvuelve.
- *Facilidad para acceder a las sustancias,* tanto por el control sobre su distribución y venta, como por el precio de estas.
- *Percepción del riesgo.* Cuanto mayor es el riesgo percibido menor es el consumo de drogas y, al contrario.
- *Organización social-comunitaria.* Pobreza, marginación y aculturación.
- *Familia.* La relación de apego o vínculo emocional que el niño desarrolla con sus padres es fundamental en el equilibrio emocional y la conformación de la personalidad. Cuando se realiza de forma positiva un “apego seguro” se convierte en factor de protección y se produce un menor consumo de droga por parte de los hijos. Por el contrario, si se realiza de forma negativa “apego inseguro”, surgen dificultades en el desarrollo de la identidad, el manejo de las emociones y aumenta la probabilidad del uso de drogas por parte de los hijos.

- *Consumo de drogas en el ámbito familiar*, principalmente en los progenitores. Así como, la ausencia de límites y normas de comportamiento, ausencia de supervisión, crianza ineficiente, comunicación ineficaz, ausencia de valores, conflictividad y violencia familiar.
- *Influencia del grupo de iguales*, de los amigos. Motivado por el sentido de pertenencia al grupo, por la presión de rechazo de los iguales que pueden sufrir por no cumplir con las expectativas. Así como, la asociación a compañeros que abusan de las drogas con frecuencia.
- *Escuela/colegio/instituto*. Presencia de comportamientos negativos o una conducta social deficiente, bajo rendimiento académico, fracaso escolar, apego deficiente, absentismo, relación con compañeros que abusan de las drogas y el abandono del centro de formación y de los estudios.

2.3.Efectos del consumo de drogas en menores.

La adolescencia es el periodo de desarrollo humano que se inicia al finalizar la infancia y concluye con la etapa adulta. Se trata de un periodo de transición caracterizado por la ambigüedad y la incertidumbre, durante el cual la persona experimenta una serie de cambios decisivos para su vida, lo que va forjando los valores, intereses y comportamientos, así como, la identidad personal. (Sánchez, 2002)

El uso de sustancias psicoactivas puede acarrear múltiples daños, que no solo dependen de la sustancia en sí, sino también del patrón de uso, por la frecuencia o medio en que se toma. Según la Organización Mundial de la Salud (2004), los efectos de consumo se pueden clasificar en cuatro categorías: efectos de salud crónicos, efectos a corto plazo sobre la salud biológica, problemas sociales agudos (ruptura de relaciones o arrestos) y crónicos (incumplimiento de actividades laborales y familiares).

Numerosos estudios han documentado las consecuencias del consumo de drogas en edades tempranas. Una de las conclusiones que se ha observado es que: “el abuso de sustancias en la adolescencia altera el desarrollo normal de la sustancia gris y la mielina en diferentes áreas cerebrales, como la corteza prefrontal y el hipocampo, alterando su función e interfiriendo en las capacidades básicas y esenciales” (Prieto, 2022, p. 170).

Además, el consumo de droga en esta etapa puede generar alteraciones neurocognitivas y contribuir al desarrollo de trastornos mentales. Estas consecuencias afectan al comportamiento, las relaciones familiares y sociales, al rendimiento escolar y, en general, a la

calidad de vida presente y futura (Prieto, 2022). En este sentido, existe una relación entre la salud mental y el consumo de sustancias: “por un lado, los problemas mentales hacen vulnerable al adolescente frente al inicio del consumo; por el contrario, el consumo de sustancias agrava el riesgo de desarrollar problemas de salud mental o agravar los ya existentes” (Prieto, 2022).

Otro patrón de riesgo frecuente es el consumo intensivo de una o varias sustancias durante los fines de semana, celebraciones o fiestas tradicionales. Esto se asocia a estados de intoxicación y afectaciones sobre la conciencia, la capacidad cognitiva y la toma de decisiones, así como, el aumento de conductas de riesgo. Entre ellas se incluyen accidentes de tráfico, traumatismos y contusiones por caídas, agresividad, participación en peleas o actos vandálicos, conductas sexuales de riesgo, contagio de enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, violencia sexual (abuso/violación), etc. (Prieto, 2022).

2.4. Políticas sociales, Planes de actuación y legislación.

2.4.1. *Ámbito Internacional*

El informe Mundial sobre las Drogas de 2019 afirma que la panorámica que engloba a los desafíos relacionados con el consumo de drogas cada vez es más compleja, siendo necesaria una ampliación de cooperación internacional para promover respuestas equilibradas e integradas (UNODC, 2019).

En este contexto, la Estrategia Europea en materia de Lucha contra la Droga constituye el marco político general que define las prioridades de actuación de la Unión Europea dentro de este ámbito. Su finalidad consiste en “proteger y mejorar el bienestar de la sociedad y de las personas; salvaguardar y promover la salud pública; ofrecer un nivel elevado de seguridad y bienestar para la población en general y extender la alfabetización sanitaria” (Secretaría General del Consejo de la Unión Europea, 2021).

La Estrategia vigente, correspondiente al periodo 2021-2025, articula tres ámbitos de actuación para la consecución de los objetivos: reducción de la oferta de droga (mejora de la seguridad), reducción de la demanda de drogas (servicios de prevención, tratamiento y asistencia) y abordar los daños relacionados con las drogas.

Además, incorpora tres temas transversales en apoyo a los ámbitos de actuación: cooperación internacional; investigación, innovación y prospectiva; y coordinación, gobernanza y aplicación (Secretaría General del Consejo de la Unión Europea, 2021). En total,

la Estrategia comprende once prioridades distribuidas entre los seis ámbitos de actuación (Secretaría General del Consejo de la Unión Europea, 2021).

Asimismo, esta Estrategia establece la base para el Plan de Acción de la UE sobre Drogas 2021-2025, el cual detalla las acciones que deben llevarse a cabo para alcanzar las once prioridades (Secretaría General del Consejo de la Unión Europea, 2022).

Este plan adopta un planteamiento empírico contrastado, integrado, equilibrado y multidisciplinar del fenómeno de las drogas, aplicado a nivel nacional, internacional y de la UE. Reforzando, de este modo, el compromiso de los estados miembros ante esta problemática tanto dentro como fuera del territorio de la Unión Europea (Secretaría General del Consejo de la Unión Europea, 2022).

Por último, cabe destacar el papel de la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) como un instrumento jurídico internacional de referencia en la protección integral de la infancia. Este tratado, establece que en todas las medidas concernientes a los niños, deberá primar su interés superior (art. 3). En el artículo 33, relacionado con el ámbito de políticas vinculadas al consumo de sustancias, la Convención obliga a los Estados a proteger a los niños frente al uso ilícito de drogas y sustancias sicotrópicas adoptando medidas apropiadas, incluyendo acciones legislativas, administrativas, sociales y educativas (Naciones Unidas, 1989).

2.4.2. *Ámbito Nacional*

En España, el Plan Nacional sobre Drogas se encarga de establecer las líneas de actuación y ejecución de las políticas relacionadas con las adicciones, sirviendo como referencia en el desarrollo de estrategias autonómicas (Estrategia Nacional sobre Adicciones [ENA], 2017).

El último Plan Nacional sobre Drogas (2017-2024), vigente en la actualidad, se organiza en torno a dos metas: hacia una sociedad más saludable e informada y hacia una sociedad más segura.

Cada una de ellas se desarrolla a través de objetivos estratégicos agrupados en diferentes áreas de actuación. A su vez, se apoyan en seis áreas de actuación transversales que comprenden: la coordinación, la gestión del conocimiento (sistemas de información, investigación y formación), la legislación, la cooperación internacional, la comunicación y difusión y la evaluación y la calidad (ENA, 2017, p. 5).

Centrándonos en la primera meta del Plan, “Hacia una sociedad más saludable e informada”, se definen cuatro áreas de actuación: prevención y reducción del riesgo, atención integral y multidisciplinar, reducción de daños e incorporación social. A continuación, se detallan cada una de ellas.

Prevención y reducción del riesgo

Las intervenciones preventivas tienen como objetivo “reducir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección frente al consumo de drogas y otras conductas susceptibles de generar adicción” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017, p. 30). Estas intervenciones se clasifican en tres niveles según la población destinataria: universales (dirigidas a toda la población), selectivas (dirigidas a grupos en situación de vulnerabilidad) e indicadas (dirigidas a individuos con mayor riesgo).

En relación con las intervenciones para la reducción del riesgo tienen como finalidad “disminuir los efectos negativos de uso (...) o reducir las consecuencias negativas que su uso puede tener en otras áreas” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017, p. 30).

Atención integral y multidisciplinar

Este enfoque integral y multidisciplinar, tiene por objetivo garantizar una asistencia de calidad y adaptada a las necesidades específicas de aquellas personas afectadas, directa o indirectamente, por una conducta adictiva (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017).

Reducción de daños

El modelo de intervención de reducción de daños incluye todas aquellas políticas, estrategias y programas cuya finalidad consiste en disminuir los efectos negativos del consumo de sustancias, tanto a nivel individual como en el entorno familiar o comunitario. Su objetivo no es necesariamente la reducción de consumo, sino el fomento de conductas más seguras y la reducción de factores de riesgo prevenibles (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017).

Incorporación social

La incorporación social se define como “el proceso de socialización personalizado y flexible, constituido por acciones e intervenciones que pretenden implicar activamente, responsabilizar, promover y facilitar a las personas su autonomía, desarrollo y bienestar social,

participación y capacidad crítica con su entorno” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017, p. 36).

Este proceso requiere una intervención integral que actúe en todos los ámbitos de la vida de las personas, incluyendo aspectos personales, de ocio, familiares, educativos, sanitarios, formativos, laborales, residenciales y judiciales. Es fundamental diseñar itinerarios individualizados y garantizar la continuidad asistencial, adaptando la intervención a las características y necesidades específicas de cada persona y a los recursos disponibles (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017).

Si nos centramos en la segunda meta del Plan Nacional sobre Drogas, “Hacia una sociedad más segura”, se establecen tres áreas de actuación: reducción y control de la oferta, revisión de la normativa y cooperación judicial policial a nivel nacional e internacional.

La primera de ellas tiene como objetivo “la reducción cuantificable de la disponibilidad de drogas ilegales” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017, p. 39) a través de la prevención, disuasión y lucha contra la delincuencia organizada.

En cuanto a la segunda área de actuación, revisión de la normativa, establece la importancia en el aumento de responsabilidad individual como factor de protección, evitando que el peso de la oferta se transforme en una responsabilidad individual (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017). Asimismo, establece que “el Estado es el responsable de asegurar la protección de los niños y adolescentes a través de las normas legales, cuando otras medidas son insuficientes para proporcionar una protección efectiva” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017, p. 40).

En este sentido, cabe destacar el papel de la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, así como su modificación mediante la Ley Orgánica 8/2006, de 4 de diciembre. Esta normativa ofrece un marco jurídico específico para los menores de edad comprendidos entre catorce y diecisiete años (artículo 1.1), y permite la aplicación de una o varias medidas de forma flexible, considerando aspectos como la edad, las circunstancias familiares y sociales, la personalidad y el interés del menor (artículo 7).

Por último, la tercera área de actuación destaca la importancia de la cooperación internacional referida a la lucha contra el problema global de las drogas ilegales. Destaca la necesidad de fortalecer las políticas de seguridad, aprovechando el conocimiento y experiencia adquiridos en los últimos años sobre los mercados de drogas y sus consecuencias (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017).

2.4.3. *Ámbito autonómico (Castilla y León)*

El Plan Autonómico de Castilla y León sobre Adicciones 2024-2030 se rige dentro de las líneas establecidas por el Plan Nacional sobre Drogas, adaptándolas a las características y necesidades de la comunidad autónoma. Tiene como objetivo estratégico “la disminución de la mortalidad, morbilidad y los problemas sociales directamente relacionados con el consumo problemático y dependencia de las drogas, uso inadecuado de medicamentos, así como de las adicciones sin sustancia” (Junta de Castilla y León, 2024, p. 89).

Este Plan se estructura en cinco líneas estratégicas, en las que se detallan las acciones clave orientadas a la mejora de la salud y el bienestar de las personas con trastornos adictivos, diferenciando la atención entre las adicciones por sustancia y las de tipo comportamental. A continuación, se presentan las líneas estratégicas (Junta de Castilla y León, 2024):

- **LÍNEA ESTRATÉGICA 1:** Sensibilización, prevención y detección precoz del consumo de drogas, del juego patológico y la utilización problemática de las pantallas.
- **LÍNEA ESTRATÉGICA 2:** Disminución de los riesgos y reducción de los daños.
- **LÍNEA ESTRATÉGICA 3:** Atención e incorporación social de personas con trastornos adictivos (por uso de sustancias, juego patológico y videojuegos).
- **LÍNEA ESTRATÉGICA 4:** Formación, investigación y sistemas de información.
- **LÍNEA ESTRATÉGICA 5:** Participación social, coordinación y cooperación institucional.

Las actuaciones del Plan Autonómico de Castilla y León sobre adicciones se rigen por un marco legislativo tanto autonómico como estatal. En este sentido, el plan se fundamenta principalmente en la Ley 3/1994, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia e Integración Social de Drogodependientes, modificada por la Ley 3/2007, que establece la organización del Sistema de Asistencia e Integración Social del Drogodependiente (SAISDE).

El artículo 16 de esta norma establece los tres niveles básicos de intervención del SAIDE, otorga al Plan Autonómico la competencia de determinar y desarrollar el circuito terapéutico, la jerarquización de los recursos, las condiciones de acceso y derivación y la inclusión de niveles complementarios.

Junto a esta Ley, el plan considera otras normas autonómicas que inciden directamente en las actuaciones, ya que se rige por los principios recogidos en ellas. Entre las más relevantes se encuentran:

- Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León que regula el Sistema de servicios sociales de responsabilidad pública.
- Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León.
- Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre, de reforma del Estatuto de Autonomía de Castilla y León.

Finalmente, la Red de Atención a las Adicciones del Plan Autonómico de Castilla y León diferencia entre dos tipos de adicciones diferentes: las derivadas del uso de sustancias y las relacionadas con el juego patológico. Esta diferenciación permite el diseño de servicios y equipos específicos adaptados a las necesidades particulares de cada una de ellas (véase Anexo 1) (Junta de Castilla y León, 2024).

2.4.4. *Ámbito provincial (Valladolid).*

En el contexto de la provincia de Valladolid, la normativa reguladora de las actuaciones sobre adicciones se enmarca a través del VIII Plan Provincial sobre Adicciones 2023-2026, llevado a cabo por la Diputación Provincial de Valladolid. Este documento toma como referencia las directrices del Plan Nacional sobre drogas y del Plan Autonómico de Castilla y León, adaptándolas a las realidades y necesidades dentro del ámbito provincial.

Este plan establece seis líneas estratégicas, a partir de las cuales se estructuran los objetivos generales y específicos, así como las diferentes acciones y actividades concretas de cada ámbito de intervención (Diputación de Valladolid, 2023). A continuación, se presentan las líneas estratégicas:

- **LÍNEA ESTRATÉGICA 1:** Prevención el consumo de drogas.
- **LÍNEA ESTRATÉGICA 2:** Reducir la prevalencia de las adicciones sin sustancia.
- **LÍNEA ESTRATÉGICA 3:** Reducir riesgos y daños personales, sociales y familiares del consumo y de las conductas relacionadas con un uso inadecuado de las TIC.
- **LÍNEA ESTRATÉGICA 4:** Regulación y control de la oferta.
- **LÍNEA ESTRATÉGICA 5:** Asistencia e integración social de la persona.
- **LÍNEA ESTRATÉGICA 6:** Innovación, investigación y coordinación.

Dentro de la línea estratégica 1, se establece una división de las acciones clave en cuatro enfoques de prevención: familiar, escolar, extraescolar y comunitaria, con el objetivo de reducir tanto el consumo de sustancias como su aceptación social, al tiempo que potencia los factores de protección en todos los entornos de socialización (Diputación de Valladolid, 2023).

A nivel local, dentro del mismo marco provincial, destaca el VI Plan Municipal de Prevención de Adicciones 2025-2028, promovido por el Ayuntamiento de Valladolid. Este plan busca impulsar acciones fundamentales enfocados en tres pilares esenciales: la familia, la educación y la comunidad. A su vez, toma como referencia en su elaboración los planes y estrategias vigentes a nivel estatal y autonómico (Ayuntamiento de Valladolid, 2025).

Además de recoger el marco normativo, el diagnóstico de la realidad, los principios estratégicos, la coordinación y evaluación, el plan recoge las actuaciones a realizar estructurándolas en siete áreas de actuación: prevención en el ámbito comunitario, prevención en el ámbito familiar, prevención en el ámbito educativo, prevención e integración en el ámbito laboral, área de control de la oferta y disminución de riesgo, área de formación y área de Difusión, Coordinación y Evaluación (Ayuntamiento de Valladolid, 2025, p. 12-13).

3. ANÁLISIS DE DATOS

En España, los estudios más relevantes sobre la problemática del consumo de drogas en menores se encuentran dentro del Sistema Estatal de Información sobre Drogas y Adicciones (SEIDA), gestionado por el Observatorio Español de las Drogas y Adicciones (OEDA) perteneciente a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD).

Entre estas investigaciones, destaca la *Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España* (en adelante ESTUDES), cuyo objetivo es “recabar información de valor para diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo de drogas y otras adicciones y los problemas derivados, que se orientan principalmente al medio familiar y/o escolar”.

Esta encuesta, además de estudiar aspectos vinculados a la prevalencia y los patrones de consumo, aborda también las características demográficas más relevantes de los consumidores, así como, su grado de exposición y receptividad. Asimismo, recoge sus opiniones, conocimientos, percepciones y actitudes ante aspectos relacionados con el abuso de las drogas.

A lo largo de los años, las sustancias analizadas en esta encuesta han ido evolucionando y actualizándose en función de las tendencias de consumo, incluyendo en la actualidad un listado de más de veinte tipos de drogas diferentes, tanto legales como ilegales.

Según la última Encuesta ESTUDES (2023), las seis drogas más consumidas por los menores españoles, ordenadas de mayor a menor consumo, son el alcohol, el tabaco, el cannabis, los hipnosedantes (con o sin receta), el éxtasis y la cocaína.

El alcohol se mantiene como la sustancia psicoactiva más consumida. Aunque ha mantenido una tendencia descendente a lo largo de los años en los tres tramos temporales estudiados (alguna vez en la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días), se observa un leve repunte en los datos obtenidos en 2023 respecto a los datos de 2021, con valores 75,9; 73,6 y 56,6 respectivamente.

Sin embargo, la tendencia de borrachera en los últimos 30 días disminuye hasta los 20,8 puntos porcentuales en 2023, siendo el más bajo desde 2010. De igual modo, el consumo de atracón (Binge drinking) muestra una tendencia negativa desde que comenzó su análisis en 2008 (41,4%), dando como resultado registrado en 2023 un 28,2%.

Si nos centramos en la edad de inicio de consumo, a lo largo de los años se ha mantenido estable alrededor de los 14 años. No obstante, si nos fijamos en la edad de inicio semanalmente de alcohol, se sitúa en torno a los 15 años.

El tabaco figura como la segunda sustancia psicoactiva más consumida. En términos generales, existe una tendencia a la baja con pequeños repuntes a lo largo de los años en los tres tramos temporales estudiados, registrándose en 2023 los datos más bajos de la serie histórica: 33,4; 27,7 y 21 respectivamente.

Respecto a la edad media de inicio en el consumo, se produce un incremento en la edad hasta llegar a una estabilización del consumo a partir de 2016 (14,1). De manera similar, la edad media de inicio en el consumo diario se ha mantenido estable a lo largo de los años situándose entre 14,2 y 14,7.

En tercer lugar, se encuentra el cannabis, el cual tiene una tendencia general negativa desde el año 2004 aunque con pequeños repuntes en los tres tramos temporales estudiados. Obteniendo en 2023 los siguientes datos de consumo: 26,9; 21,8 y 15,6.

En cuanto a la edad media de inicio del consumo, se ha mantenido estable a lo largo de los años en torno a los 15 años, situándose en 2023 en 14,9 años. En lo relativo al consumo problemático de cannabis según la escala CAST, desde que se inició su análisis en 2006, se produce un aumento en el consumo de este tipo hasta 2012. A partir de este año, la tendencia es negativa exceptuando un pico en el año 2021 en el que se registró los valores más altos (17,8), disminuyendo en 2023 3,3 puntos porcentuales.

Los hipnosedantes, con o sin receta médica, en cuarta posición muestran una tendencia de consumo ascendente a lo largo de los años en los tres tramos temporales estudiados, alcanzando en 2023 los datos más altos de la serie histórica: 19,6; 14,8 y 8,2 respectivamente.

En el caso del consumo de hipnosedantes sin receta médica, la prevalencia de consumo muestra una tendencia positiva en el tramo “alguna vez en la vida”, alcanzando su máximo en 2010 (10,4%) y su segundo valor más alto en 2021 (10,3%). No obstante, en 2023 se observa un ligero descenso hasta el 9,7%. En los tramos restantes, últimos 12 meses y últimos 30 días, la prevalencia aumenta de forma gradual obteniendo en 2023 los datos más altos, 14,8 y 8,2 respectivamente.

En lo que respecta a la edad media de inicio de consumo, se mantiene constante a lo largo de los años, situándose en el año 2023 en 14,1 años.

En quinta posición, encontramos el éxtasis. Su consumo se encuentra, en los tres tramos temporales, en disminución desde el año 2002 hasta alcanzar en 2014 el mínimo histórico. A partir de ese año, se produce un aumento del consumo hasta el año 2023. Centrándonos en la edad media de inicio de consumo se ha mantenido estable entre 15 y 16 años.

En última posición, encontramos la cocaína. La prevalencia de consumo de esta sustancia no presenta grandes cambios pues los niveles de consumo son reducidos. Hasta el año 2004, la tendencia es positiva, alcanzando los valores más altos registrados. A partir de este año, el consumo muestra una tendencia generalizada a la baja, destacando un ligero repunte en 2014 y en los dos últimos años encuestados (2021 y 2023). La edad media del inicio del consumo se aproxima a los 16 años hasta el 2014, sin embargo, a partir de este año, la edad media desciende aproximándose a los 15 años.

Además del análisis de consumo por tipo de sustancia, la encuesta ESTUDES hace referencia a la percepción que tienen los menores sobre las drogas, contemplando tres dimensiones: percepción del riesgo, percepción de disponibilidad y percepción del nivel de información.

La percepción del riesgo hace referencia a la opinión de las y los estudiantes sobre las conductas de consumo y sus posibles consecuencias. En este sentido, la encuesta estudia dos patrones: el consumo habitual y el consumo esporádico de sustancias psicoactivas.

En relación con el consumo habitual, en términos generales en todos los periodos evaluados, los y las estudiantes consideran que el consumo de heroína, cocaína en polvo o el éxtasis son sustancias con mayores consecuencias. Por el contrario, los y las alumnas consideran que la sustancia con menor impacto negativo es el alcohol, registrando en 2023 los datos más altos en toda su evolución: 63,4% tomar 5 o 6 cañas/copas y 63,6% tomar 1 o 2 caños/copas.

Por otro lado, en cuanto al consumo esporádico, la gran mayoría de sustancias, entre ellas la cocaína y el éxtasis, presentan grandes porcentajes en cuanto al riesgo percibido. Asimismo, el cannabis, es la segunda sustancia que los alumnos no consideran capaz de ocasionar algún tipo de problema, recogiendo en 2023 el valor más alto registrado desde 2006.

En cuanto a la percepción de disponibilidad, la encuesta analiza la opinión de los estudiantes sobre la facilidad de acceso a diferentes sustancias. En términos generales, las sustancias psicoactivas que los estudiantes consideran más accesibles son el alcohol y el tabaco, manteniendo esta percepción a lo largo de toda la serie histórica. Además, el cannabis es la

sustancia ilegal considerada de más fácil acceso, superando el 50% en todos los periodos históricos.

Por el contrario, las sustancias consideradas menos accesibles son los alucinógenos, el éxtasis, las anfetaminas, la heroína y las metanfetaminas, teniendo una evolución descendente de forma generalizada.

Por último, respecto al nivel de información percibido sobre el consumo de drogas, en términos generales, se observa una tendencia negativa desde el año 2016 hasta el 2021. Sin embargo, en el año 2023 aumenta el porcentaje alcanzando los 29,6 puntos porcentuales.

En conclusión, los datos obtenidos de la encuesta ESTUDES reflejan una evolución en los patrones de consumo de sustancias psicoactivas entre los menores y sus percepciones frente a estas. A pesar de que se muestra una tendencia general descendente en el consumo respecto a los primeros estudios realizados, el alcohol continúa siendo la sustancia más consumida, con una edad de consumo baja y una escasa percepción del riesgo.

Asimismo, el consumo de tabaco y cannabis, si bien ha disminuido su consumo, continúan registrando unos valores elevados. En el caso de los hipnosedantes, a diferencia del resto de sustancias, registra una evolución ascendente lo que requiere una especial atención.

A estas tendencias de consumo se suman percepciones en torno al riesgo de consumo. Aunque los y las estudiantes identifican sustancias como la heroína, la cocaína o el éxtasis como peligrosas, el alcohol continúa manteniéndose como una sustancia de bajo impacto negativo. En relación con el consumo esporádico, la mayoría de las sustancias mantienen una elevada percepción del riesgo, con excepción del cannabis, cuya peligrosidad cada vez es considerada menor.

Estas prevalencias de consumo son reforzadas con los datos obtenidos referidos a la percepción de disponibilidad. El alcohol y el tabaco continúan siendo las sustancias con mayor facilidad de acceso, mientras que el cannabis es considerado como la droga ilegal más accesible.

En este contexto, resulta evidente la necesidad de reforzar las estrategias preventivas, a través de una intervención que promueva la conciencia crítica de los adolescentes y aborde las nuevas formas de consumo.

4. PAPEL DE LOS SERVICIOS SOCIALES Y EL TRABAJO SOCIAL EN LA INTERVENCIÓN CON MENORES CONSUMIDORES DE DROGAS.

4.1. Funciones de los Servicios Sociales.

Como se ha especificado en el apartado 2.4.3, el Plan Autonómico sobre Adicciones de Castilla y León (2024-2030) establece el Sistema de Asistencia e Integración Social del Drogodependiente (SAISDE), estructurado en tres niveles de actuación, como recoge el artículo 16 de la Ley 3/2007, de modificación de la Ley 3/1994.

El primer nivel de atención se caracteriza por “ser la puerta de entrada al sistema y sus recursos son los más accesibles y los que menos exigencias plantean a la persona con adicción” (Junta de Castilla y León, 2024). Este nivel incluye una combinación de recursos generales y específicos (véase Anexo 1), pertenecientes a distintos ámbitos (social, sanitario, laboral y judicial) según su naturaleza y objetivos.

Tabla nº2. Recursos de primer nivel

RECURSOS DE PRIMER NIVEL	
Recursos Generales	Equipos de Atención Primaria de Salud (EAPS) Centros de Acción Social (CEAS)
Recursos Específicos	Servicios específicos de Primer Nivel (SEPN): Para todo tipo de drogodependientes y para alcohólicos. Servicios de mediación, orientación, asesoramiento y motivación en el Ámbito Laboral. Servicio de Orientación y Asesoramiento a drogodependientes con problemas jurídico-penales (SOAD). Servicios de emergencia social para personas con drogodependencia (SES).

Fuente: Plan Autonómico sobre Adicciones de Castilla y León 2024-2030.

A continuación, se especifican los recursos principales pertenecientes al ámbito de los Servicios Sociales, enfocados a personas con trastornos adictivos por uso de sustancias, junto con sus principales funciones:

CEAS y Equipos Multidisciplinares Específicos. Las principales funciones que desarrollan estos equipos se fundamentan en:

- Informar y orientar sobre recursos y posibilidades de tratamiento.
- Detección precoz de personas con trastornos adictivos por uso de sustancias.
- Derivar casos al segundo nivel para iniciar tratamiento.
- Atender a la problemática social de la persona y a su familia.
- Apoyar el proceso de incorporación social.

SEPN. Recurso de referencia en la materia del primer nivel, se derivan personas que necesitan una orientación motivacional y los casos que desborden las posibilidades de intervención del resto de recursos por sus características, dificultades o necesidades (Junta de Castilla y León, 2024). Entre sus funciones principales se encuentran:

- Informar y orientar sobre recursos y posibilidades de tratamiento.
- Detección precoz y captación de personas dependientes al alcohol y otras drogas.
- Motivar y derivar casos al segundo nivel de atención para iniciar tratamiento.
- Apoyar en el proceso de incorporación social.
- Apoyar y asesorar a la familia y al entorno afectivo de la persona con adicción.
- Educar en la disminución del riesgo y reducir los daños relacionados con el consumo.
- Coordinar, apoyar y desarrollar el programa individualizado de incorporación social, en colaboración con los recursos generales y especializados, incluyendo la activación del nuevo proyecto de vida sin adicciones.

SES. Los servicios de emergencia tratan de conectar, acoger y realizar una intervención de baja exigencia con personas con trastornos adictivos por uso de sustancias en situación de vulnerabilidad social, con el fin de atender a sus necesidades básicas, socio sanitarias, mejorar su calidad de vida y, si es posible, ponerlas en contacto con otros recursos de mayor exigencia en la red de atención (Junta de Castilla y León, 2024). Sus principales funciones consisten en:

- Suministrar preservativos, jeringuillas y otros útiles de consumo.
- Facilitar servicios de higiene personal y lavandería.
- Proporcionar espacios de estancia y descanso, con posibilidad de dormitorio.
- Suministrar comida y bebidas.
- Suministrar información útil, en especial de recursos de atención a personas con trastornos adictivos por uso de sustancias.
- Atención de diversa índole: judicial, social, laboral, etcétera.

4.2.El papel del Trabajo Social en la intervención.

El Trabajo Social, según lo define su Código Deontológico, es “una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas” (Consejo General del Trabajo Social, 2025).

El objetivo fundamental del Trabajo Social dentro de este ámbito de la profesión consiste en lograr que las personas con problemas de drogodependencias y los que con conviven con ellos, alcancen un grado de autonomía que les permita movilizar sus propios recursos y desarrollar una vida saludable y socialmente normalizada. Para ello, es necesario que las personas sean capaces de transformar activamente su realidad, más allá de la superación del consumo (Estebaranz, 1995).

En este sentido, Estebaranz (1995) sostiene que no es posible una plena recuperación y superación del problema sin un cambio en los estilos de vida de la población atendida. Esto genera variaciones en las diferentes áreas del individuo, en función del grado de deterioro alcanzado y mediante el uso de los diferentes recursos existentes, tanto externos como internos al sujeto. Además, hace hincapié en que la intervención se debe realizar de forma multidisciplinar, coordinando el trabajo de diferentes profesionales de diversos servicios e instituciones.

Asimismo, Estebaranz (1995) establece dos grandes ámbitos de actuación del Trabajo Social en drogodependencias:

1. La atención directa a individuos con problemas de drogodependencia, a su familia o personas con las que conviven.
2. La participación en actuaciones que desde los equipos de intervención se desarrollan paralela o simultáneamente a la atención directa, relativas a actividades de carácter preventivo y comunitario.

Centrándonos en la atención directa, se destacan seis áreas de intervención: consumo de drogas, entorno familiar, contexto educativo, situación laboral, uso del tiempo libre y dimensión jurídico-legal. A continuación, se muestran tablas resumen con las principales funciones de cada una:

Tabla nº 3. Funciones del Trabajador Social en el área de consumo de drogas.

ÁREA DE INTERVENCIÓN CONSUMO DE DROGAS
Conocimiento de la evolución de la historia de consumo: contexto socioambiental y familiar, elementos personales y socioambientales incidentes en el consumo. Conocimiento de la situación actual, individual y familiar ante el tratamiento: motivación, expectativas, grado de implicación, nivel y capacidad de respuesta e influencia en los distintos componentes del núcleo familiar. Conocimiento de las variables sociales externas incidentes en el proceso de tratamiento: problemática social, pérdida de recursos, pérdida de vivienda, etc. Realización de las actuaciones oportunas de cara a la valoración del caso, a la gestión y conexión de los recursos y servicios sociales necesarios.

Fuente: Estebaranz (1995).

Tabla nº 4. Funciones del Trabajador Social en el área familiar.

ÁREA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR
Funciones de conocimiento: Elaboración de historia sociofamiliar, análisis del conocimiento de los familiares del consumo y su posicionamiento, detectar obstáculos familiares que impiden el crecimiento y desarrollo del drogodependiente, evaluación familiar y problemas existentes en sus relaciones. Funciones de intervención: Informar a la familia sobre quienes somos y cómo funcionamos, además de informar sobre la globalidad del problema y sobre el proceso terapéutico como tratamiento biopsicosocial, posibilitar el aprendizaje de pautas terapéuticas y educativas enfocadas en la relación familiar y generar grupos de familiares de aquellos que abandonan el tratamiento o bien no tienen deseo de abandonar el consumo. Funciones de carácter normalizador: Ayudar a restaurar hábitos familiares saludables, aprender a identificar los problemas de interacción en el grupo familia, interesar a los miembros de la familia en otras actividades al margen del proceso de tratamiento.

Fuente: Estebaranz (1995).

Tabla nº 5. Funciones del Trabajador Social en el área laboral.

ÁREA DE INTERVENCIÓN LABORAL
Conocimiento, estudio y valoración de la historia laboral y su situación actual. Valorar el papel que el trabajo cumple o puede cumplir en el desarrollo personal del individuo, así como la conveniencia o no de la incorporación al mundo laboral. Elaboración de un programa básico para la capacitación o incorporación laboral: orientación laboral, motivación del sujeto, información y orientación y seguimiento.

Fuente: Estebaranz (1995).

Tabla nº 6. Funciones del Trabajador Social en el área educativa.

ÁREA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA
Conocimiento del nivel educativo y formativo, valoración de retomar una formación educativa y/o profesional reglada, motivar al individuo por la realidad educativa y cultural.

Fuente: Estebaranz (1995).

Tabla nº7. Funciones del Trabajador Social en el área de ocio y tiempo libre.

ÁREA DE INTERVENCIÓN OCIO Y TIEMPO LIBRE
Conocimiento y análisis del individuo en lo que respecta a sus relaciones sociales (amigos, familia, escuela trabajo, barrio).
Conocer los recursos, dispositivos y actividades que puedan cumplir un papel importante en esta área.
Sensibilizar, modificar y favorecer el abandono del ambiente y círculos de amistades relacionados con el consumo de drogas. Además, de sensibilizar a la familia y procurar cambios de actitudes de actitudes en esta.
Propiciar el desarrollo de determinadas habilidades de comunicación y toma de decisiones propias y autónomas.
Sensibilizar sobre la importancia de disponer de una ocupación creativa del tiempo libre individual y familiar, dando pautas sobre ello.
Estimular y facilitar el ingreso de población atendida en recursos normalizados y establecer cauces de coordinación con los recursos y personal voluntario.

Fuente: Estebaranz (1995).

Tabla nº 8. Funciones del Trabajador Social en el área jurídico-laboral.

ÁREA DE INTERVENCIÓN JURIDICO-LABORAL
Conocimiento de la organización judicial, legislación y reglamento penitenciario relacionados con la problemática de drogodependencias.
Conocimiento y coordinación de los recursos externos relacionados con esta problemática: Trabajo Social Penitenciario, comisiones de Asistencia Social, programas de Intervención en los Juzgados de Guardias, comisiones de clasificación, etc.
Valorar la incidencia que su situación jurídico-penal tiene sobre su motivación frente al inicio de tratamiento y su posterior desarrollo.
Informar y poner en contacto a las familias con los recursos externos especializados.
Facilitar pautas a la familia en su relación con el drogodependiente interno en prisión, y preparar el retorno al medio familiar y social cuando se produzca la situación de libertad.

Fuente: Estebaranz (1995).

Por su parte, Mayor (1995) plantea que la intervención en drogodependencia debe ser multidimensional y multidisciplinar, articulándose en torno a la actividad de los sujetos agentes y pacientes (individuales y colectivos, orientado a las conductas y contextos). Asimismo, este autor establece que “la intervención debe tener en cuenta los diferentes factores de riesgo (del sujeto, de la droga y del contexto), los recursos del sujeto para hacer frente a estos riesgos (cognitivos, afectivos, motivacionales, interactivos) y los efectos (reforzantes positivos y negativos, y aversivos)” (p. 231). Así, establece tres fases del proceso donde está involucrado el Trabajador Social:

Prevención

La prevención es considerada la intervención más importante y decisiva, puesto que si tiene éxito es el único tipo de intervención. Su objetivo consiste en reducir los factores de riesgo del sujeto e incrementar los recursos del sujeto. Las acciones preventivas parten de la información, continúan con la modificación de creencias y actitudes, y concluyen con la participación del sujeto en actividades incompatibles con el consumo. Estas actividades se desarrollan dentro de los contextos escolares, laborales y sociales (Mayor, 1995).

Intervención propiamente dicha

Esta intervención es la que se lleva a cabo en torno al consumo de droga (uso, abuso y dependencia) y tiene por objetivos: la supresión del consumo (abstinencia absoluta) y la reducción del consumo (consumo controlado). El proceso que sigue la intervención se establece en función de los sujetos, de su proximidad e implicación en el proceso (Mayor, 1995):

- Frente al simple uso: se establecería una intervención temprana y trata de conseguir que en el sujeto no se implanten patrones de consumo.
- Frente al abuso: esta intervención se denomina deshabituación y persigue suprimir ese abuso reduciéndolo al simple uso o a una conducta abstinente.
- Frente a la dependencia: incluye la dependencia psíquica y la dependencia física (presencia del síndrome de abstinencia). Se establecen dos objetivos interrelacionados: suprimir o reducir el consumo y suprimir los síntomas del síndrome de abstinencia. En casos agudos, primeramente, se realizará un proceso de desintoxicación y seguidamente el proceso de deshabituación.
- Proceso de generalización: consiste en mantener en el tiempo la conducta abstinente o controlada. Además, se deben hacer frente a los efectos colaterales más agudos que pueden funcionar como factores de alto riesgo.

Reinserción

La reinserción es la fase final de la intervención y se implementa cuando la conducta abstinente está implantada. El objetivo consiste en readaptar a la persona a sus contextos naturales, a la familia, al trabajo, a la comunidad en la que vive... y lograr la generalización del reaprendizaje, de los nuevos comportamientos, a través del tiempo sin recaídas y a través de los diferentes contextos y situaciones (Mayor, 1995).

Desde una perspectiva latinoamericana, Burak Solum Donas citado en Barreto-Prieto (2017), afirma que el rol del trabajador social debe ser multidisciplinar y trabajar en conjunto con otros profesionales. Establece como funciones del Trabajo Social con adolescentes entre otras: la educación preventiva continua, la coordinación de programas y equipos, el desarrollo de políticas preventivas, participación en las poblaciones, la integración de los sectores y la evaluación de las acciones. Asimismo, esta autora señala que el trabajo del profesional se divide en dos tareas específicas: la que se realiza dentro de los establecimientos (intra-mural) y la que se realiza fuera de ellos (extra-mural).

5. Conclusiones

El consumo de drogas en menores es un fenómeno complejo que requiere una mirada integradora y está arraigado a factores individuales, familiares, escolares y contextuales. A lo largo de este trabajo, se ha expuesto que esta problemática no debe ser abordada desde una única perspectiva, sino que debe enfocarse en una intervención integral y coordinada entre diferentes agentes.

El trabajo social, en este contexto, desarrolla un papel esencial en la detección temprana en situaciones de riesgo, así como en la prevención y el acompañamiento de menores en estos contextos. El profesional del trabajo social debe centrarse en la persona y no solo atender su problemática inmediata, sino también promover cambios estructurales y fortalecer los recursos personales y sociales tanto de los menores como de sus familias.

Asimismo, se destaca la importancia de la prevención en edades tempranas, haciendo hincapié en el entorno escolar y familiar, pues son los principales factores de protección. Se deben potenciar el uso de programas educativos que fomenten la autoestima, la toma de decisiones y el pensamiento crítico para reducir la vulnerabilidad de los menores ante el consumo de sustancias.

Los servicios sociales tienen un papel clave en la red de atención, ya que, en la mayoría de los casos, son la puerta de entrada al sistema de protección. Sin embargo, la capacidad de respuesta de estos servicios depende de los recursos determinados y la formación específica de los profesionales dentro de este ámbito. Asimismo, cabe destacar la importancia de la coordinación con otros sectores, como la educación, la sanidad o la justicia, para dar una respuesta completa y adecuada.

A pesar de los recursos existentes, siguen existiendo limitaciones como la falta de coordinación entre instituciones, la estigmatización de menores consumidores o la escasez de programas específicos. Por ello, se debe trabajar en la promoción de políticas públicas inclusivas, estrategias comunitarias participativas y modelos de intervención centrados en el bienestar de los menores, que generen cambios reales en sus condiciones de vida y en la de sus familias.

En definitiva, el trabajo social no solo debe aportar una intervención técnica en la prevención y atención del consumo, sino que también ha de tomar un compromiso con la inclusión social, el bienestar de la infancia y la adolescencia, la equidad y la justicia social.

6. Bibliografía

- Aragón, A. S., & Gosálbez, I. P. (2025). Motivaciones para el consumo del tabaco y alcohol en adolescentes: un enfoque cualitativo. *Aposta: Revista de ciencias sociales*, (105), 12-30.
- Ayuntamiento de Valladolid. (2025). *VI Plan de prevención de adicciones 2025-2028*. Obtenido de Ayuntamiento de Valladolid Juventud: <https://www.valladolid.es/es/ciudad/juventud/publicaciones/vi-plan-prevencion-adicciones>
- Barreto-Prieto, M. A. (2017). Papel del trabajador social en las adicciones. *Dominio De Las Ciencias*, 3(4), 310-326.
- Bonilla-Quintana, M. R. (2022). Can biophysical models give insight into the synaptic changes associated with addiction? . *Department of Mechanical and Aerospace Engineering*.
- Chou, T. O. (2022). A mathematical model of reward-mediated learning in drug addiction . *Department of Computational Medicine, UCLA, Los Angeles*.
- Consejo General del Trabajo Social. (2025). *Consejo General del Trabajo Social*. Obtenido de Código Deontológico: <https://www.cgtrabajosocial.com/app/webroot/files/cadiz/files/Código%20Deontológico%20y%20Estatutos/CODIGODEONTOLOGICO.pdf>
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2023). *Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2023*. Ministerio de Sanidad. Obtenido de https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/enuestas_ESTUDES.htm
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2024). *Encuesta sobre Alcohol y Otras Drogas en España (EDADES), 1995-2024*. Ministerio de Sanidad. Obtenido de https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/enuestas_EDADES.htm
- Diputación de Valladolid. (2023). *VIII Plan Provincial sobre Adicciones 2023-2026*. Obtenido de Diputación de Valladolid Servicios Sociales: <https://accionesocial.diputaciondevalladolid.es/plan-provincial-de-drogas>

- Estebaranz, P. S. (1995). Aproximación a las funciones de los trabajadores sociales de los centros de atención a las drogodependencias. *Cuadernos de Trabajo Social*, 8, 123-139.
- Fehrman, E. E. (2017). *Personality traits and drug consumption*.
- Gobierno de España. (12 de enero de 2000). *Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores*. Obtenido de Boletín Oficial del Estado (BOE): <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-641>
- Gobierno de España. (4 de diciembre de 2006). *Ley Orgánica 8/2006, de 4 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores*. Obtenido de Boletín Oficial del Estado (BOE): <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21236>
- Junta de Castilla y León. (2024). *Plan Autonómico de Castilla y León sobre Adicciones 2024-2030*. Obtenido de Plan Autonómico de Castilla y León sobre Adicciones (2024-2030): <https://familia.jcyl.es/web/es/adicciones/plan-autonomico-castilla-leon.html>
- Larrosa, S. L., & Palomo, J. L. R. A. (2010). *Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo*. *Psicothema*, 568-573.
- Mansilla, M. D. (2008). Evolución histórica del consumo de drogas: Concepto, clasificación e implicación del consumo prolongado. *International e-journal of criminal sciences*, (2), p. 2-30.
- Maté, G. (2008). *In the realm of hungry ghosts. Close encounters with addiction*. Knopf Canada .
- Mayor, J. (1995). Las drogodependencias como objeto del Trabajo Social.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017). *Estrategia Nacional sobre Adicciones [ENA] 2017-2024*. Obtenido de Plan Nacional sobre Adicciones 2017-2024: <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm>
- Naciones Unidas. (20 de noviembre de 1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Obtenido de Derechos Humanos Oficina de Alto Comisado: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>

- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2024). *Indicadores clave sobre drogas y adicciones, 2024*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- OCDE. (2020). *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*. París : OECD .
- Pedrosa, E. M. (2009). factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso: revista de educación*, (32), 147-173.
- Prieto, A. T. (2022). Adolescentes y consumo de drogas. En AEPap (ed). *Congreso de Actualización en Pediatría 2022* (págs. p. 167-175). Madrid: Lúa Ediciones 3.0.
- Proyecto Hombre. (2025). *Proyecto Hombre Fundación Alcándara*. Obtenido de <https://proyctohombresalamanca.es/informacion-sobre-droga/>
- Sánchez, C. A. (2002). *Guía de intervención: menores y consumo de drogas*. ADES.
- Secretaría General del Consejo de la Unión Europea. (2021). *Estrategia de la UE en materia de Lucha contra la Droga 2021 - 2025*. Obtenido de Oficina de Publicaciones de la Unión Europea: <https://op.europa.eu/es/publication-detail/-/publication/bc6700c8-03ba-11ec-8f47-01aa75ed71a1/language-es>
- Secretaría General del Consejo de la Unión Europea. (2022). *Plan de acción de la UE sobre drogas 2021-2025*. Obtenido de Oficina de Publicaciones de la Unión Europea: <https://op.europa.eu/es/publication-detail/-/publication/fd218c19-c5d6-11ec-b6f4-01aa75ed71a1/language-es>
- Steinberg, L., Fletcher, A., & Darling, N. (1994). Parental monitoring and peer influences on adolescent substance use. *Pediatrics*, 93(6), 1060-1064.
- UNODC. (2019). *Informe Mundial sobre Drogas* .
- Valdes Iglesia, A. J., Vento Lezcano, C. A., Hernandez Martinez, D., Alvarez Gomez, A. E., & Diaz Pita, G. (2018). *Drogas, un problema de salud mundial*. Universidad Médica Pinareña, 14(2), 1-5.
- WHO Expert Committee on Drug Dependence & World Health Organization. (1969). *Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia [se reunió en Ginebra del 1 al 7 de octubre de 1968]: 16 informe*. Obtenido de <https://iris.who.int/handle/10665/38468>
- World Health Organization. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Obtenido de <https://iris.who.int/handle/10665/44000>

World Health Organization. (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas : resumen*. Obtenido de https://iris.who.int/handle/10665/42865?search-result=true&query=Neurociencia+del+consumo+y+dependencia+de+sustancias+psicoactivas&scope=&rpp=10&sort_by=score&order=desc

7. ANEXOS

7.1. Circuito Terapéutico de Atención a las Adicciones.

CIRCUITO TERAPÉUTICO DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES* EN CASTILLA Y LEÓN

*Trastorno por uso de sustancias psicoactivas (TUS) y por juego patológico (TJP)



Usuarios de la Red de atención a las adicciones:

- (1)** Personas cuyo diagnóstico principal es el trastorno por juego patológico (TJP) sólo o acompañado de consumo leve o moderados de drogas.
- (2)** Personas cuyo diagnóstico principal es un trastorno adictivo, ya sea por uso de sustancias (TUS), por juego patológico (TJP) o con ambos diagnósticos (TUS+TJP)
- (3)** Personas cuyo diagnóstico principal es el trastorno adictivo por uso de sustancias (TUS), acompañados o no de trastornos por juego patológico. (Recursos específicos de atención -TUS- de segundo y tercer nivel)